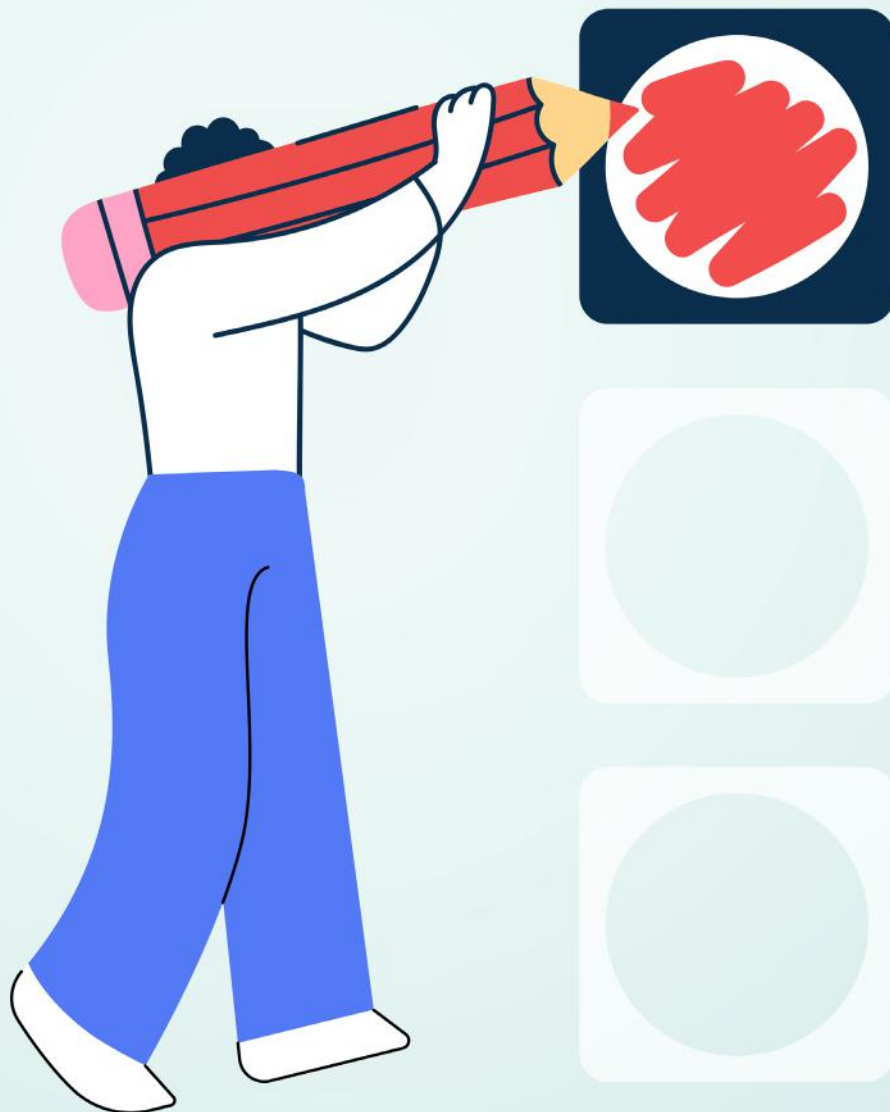



Naar een nieuw zorgsysteem

Memorandum federale en Vlaamse verkiezingen 2024



verkiezingen
2024 

Zorgnet-Icuro vzw is de koepelorganisatie van alle Vlaamse algemene ziekenhuizen, revalidatieziekenhuizen, initiatieven uit de geestelijke gezondheidszorg en social profit voorzieningen uit de woonzorg.

Ruim 775 erkende zorgorganisaties zijn lid van Zorgnet-Icuro, samen stellen ze bijna 140.000 personeelsleden te werk.

Leeswijzer

Gezondheidszorg is sterk versnipperd over de verschillende bevoegdheidsniveaus. In de marge van de beleidsaanbevelingen vind je telkens een icoontje dat het beleidsniveau aangeeft dat voor dat domein bevoegd is.

[Op de themapagina Verkiezingen 2024](#) op www.zorgneticuro.be zijn meer technische nota's en fiches voor verschillende deelthema's te vinden.

Colofon

©2024 Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Citeren als:

Naar een nieuw zorgsysteem. Memorandum federale en Vlaamse verkiezingen. Zorgnet-Icuro. 2024.

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be

Inhoud

De context

• Een ouder wordende samenleving	7
• Slinkend arbeidspotentieel	10
• Mentaal welzijn onder druk	12
• Budgettaire context	13
• Impact van de demografische transitie op de zorg	14

Hoe houden we de zorg houdbaar?

• Een gedeelde verantwoordelijkheid	19
• Inzetten op preventie	21
• Goede basiszorg = een basisrecht	23
• Zorg voor de medewerkers	24
• Meer afgestemde zorg	27
• Waardegedreven financiering en een volwaardige Vlaamse sociale zekerheid.....	28
• Kwaliteit	30
• Digitalisering	30
• Managen van het verwachtingspatroon	31
• Ethisch debat	32
• Bevoegdheidsverdeling en besluitvorming	33

Speerpunten geestelijke gezondheidszorg	34
--	-----------

Speerpunten woonzorg	41
-----------------------------------	-----------

Speerpunten algemene en revalidatieziekenhuizen	48
--	-----------

Samenvatting	56
---------------------------	-----------

Inleiding

Eind 2023 voerde Ivox in opdracht van de krant *De Morgen* een onderzoek naar de angsten van de Vlaming. Op nummer drie staan de zorgen om de eigen gezondheid én het gezondheidssysteem. Hoofdbekommernis is dat de ouderenzorg minder goed zal worden (82%) en dat de gezondheidszorg onbetaalbaar wordt (68%). Zes op de tien mensen vrezen zelfs dat het systeem zal instorten. Is die vrees gegrond? Zal onze gezondheidszorg voor iedereen kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar blijven?

Mondiaal is er een enorme vergrijzingsgolf van de bevolking op komst. Japan werd het eerste "oudste grote land" ter wereld. In 2013 was daar al een kwart van de bevolking ouder dan 65 jaar. West-Europa en Noord-Amerika volgen in ijtempo; daarna is het de beurt aan Oost-Europa en China. De demografische veranderingen zullen een enorme impact hebben voor alle beleidsdomeinen, en niet in het minst op de gezondheids- en welzijnszorg. Net als bij het razendsnel veranderende klimaat weten we wat er op ons afkomt. Demografen rekenden het ons decennia geleden al voor. En toch lijkt elke *sense of urgency* te ontbreken om er nu proactief mee bezig te zijn. Er is een collectief aanvaarde klimaatcrisis, maar geen maatschappelijk debat over een nakende zorgcrisis.

De Belgische solidaire verzorgingsstaat stond lang garant voor een goede organisatie van het *cure & care model*. Hoofdcomponenten zijn de zelfstandige medische praktijk, een quasi onbeperkte vrije keuze van zorgverlener en zorgorganisatie, een verzekeringssysteem gebaseerd op solidariteit en een prestatiesysteem als basis van de financiering. Ondanks alle inzichten van wetenschappers en mensen uit het veld over geïntegreerde zorg, blijft de medisch georiënteerde silostructuur dominant. Internationaal staan we mee aan de top van de medische behandeling met een ver doorgedreven specialisatie, die tegelijk ook een holistische aanpak in de weg staat. Stilaan ontstaan er – vooral door de structurele en zeer nijpende personeelsschaarste – barsten in het systeem. Er komen meer wachtlijsten en we slagen er al lang niet meer in om de ongelijkheid af te bouwen. Integendeel. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden neemt toe, niet af.

Zorgnet-Icuro pleit voor een solidaire samenleving met een duurzame en toegankelijke gezondheids- en welzijnszorg voor iedereen. De demografische transitie – veel meer ouderen, minder werkenden – zal dit solidaire model verder onder druk zetten. We zullen keuzes moeten maken. Op welk pakket basiszorg heeft iedereen recht? Hoeveel gemeenschapsmiddelen willen we daaraan besteden? Kan de vrije keuze worden gevrijwaard? Niet alles wat (wetenschappelijk) mogelijk is, zullen we kunnen betalen, niet alle zorgvragen zullen we professioneel kunnen beantwoorden. We komen in een verhaal van schaarste, en schaarste betekent overwogen keuzes maken.

In de komende jaren moeten we de basis leggen voor systeemveranderingen die er ons voor behoeden dat de zorg volledig vastloopt. We zullen die shift niet kunnen realiseren door kleine maatregelen binnen de bestaande schotten en sectoren. Het kan alleen door over de muren te kijken en radicale veranderingen door te voeren, door voluntaristisch en op een andere manier te gaan samenwerken. Door onze zorgprofessionals op een goede en efficiënte manier in te zetten. Zodat we niet evolueren naar een tweesporenbeleid in de zorg. We vragen dat er in de komende legislatuur daarover een diepgaand maatschappelijk en ethisch debat wordt gevoerd.

We vragen de verschillende overheden in dit land ook om intensief samen te werken op het versnipperde lappendeken van de gezondheidszorg. De zorg houdbaar houden zal ook daar voluntaristische inspanningen vragen om constructief te werken aan oplossingen die de zorg efficiënter en beter maken. Als iedereen enkel veegt voor eigen deur zullen we de nodige veranderingen niet kunnen realiseren. Er is geen tijd te verliezen. Laat ons eraan beginnen.

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

Koen Michiels
Voorzitter Zorgnet-Icuro

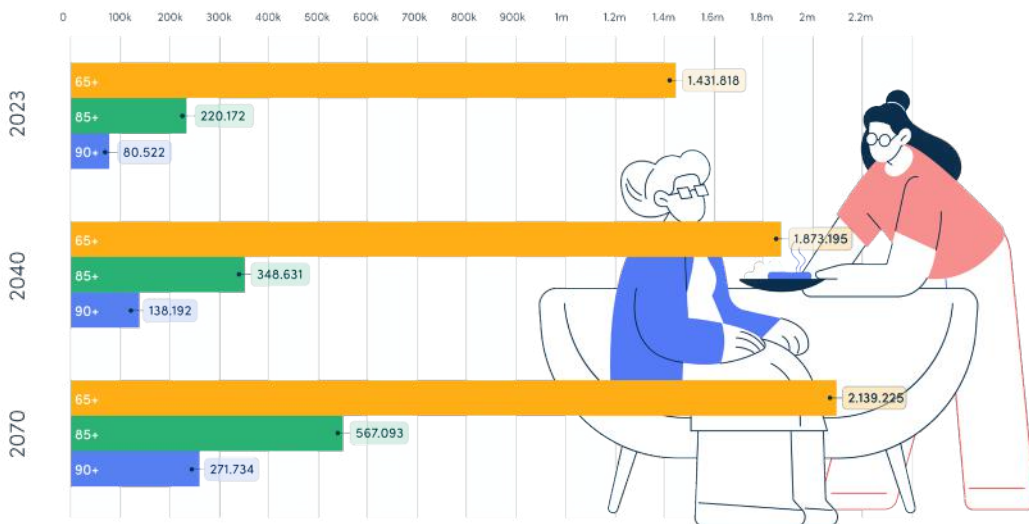
De context

Een ouder wordende samenleving

De bevolkingsprognoses van het Planbureau tonen dat er in de komende vijftig jaar een tsunami van ouderen over ons heen rolt. Tegen 2070 zal ongeveer een kwart van de Vlaamse bevolking ouder zijn dan 67 jaar; nu is dat nog 18,6%. Vanaf 2030 neemt vooral het aantal personen op heel hoge leeftijd razendsnel toe. Vlaanderen telde in 2023 ca. 220.000 personen die ouder zijn dan 85 jaar; tegen 2040 zijn er dat bijna 130.000 meer dan nu; en tegen 2050 is die groep toegenomen met 260.000. Het betekent dat er halverwege de 21ste eeuw op een totale bevolking van 7,5 miljoen bijna een half miljoen mensen ouder zullen zijn dan 85 jaar. Na 2050 vlakt die stijging af, maar neemt het aantal hoogbejaarden nog altijd toe. Dat heeft te maken met de levensverwachting die blijft stijgen, ook in de decennia na 2050. De snelle toename van het aantal mensen op heel hoge leeftijd – de naoorlogse babyboomgeneratie – begint na 2030 en kent in de twee volgende decennia een bijzonder hoog ritme.

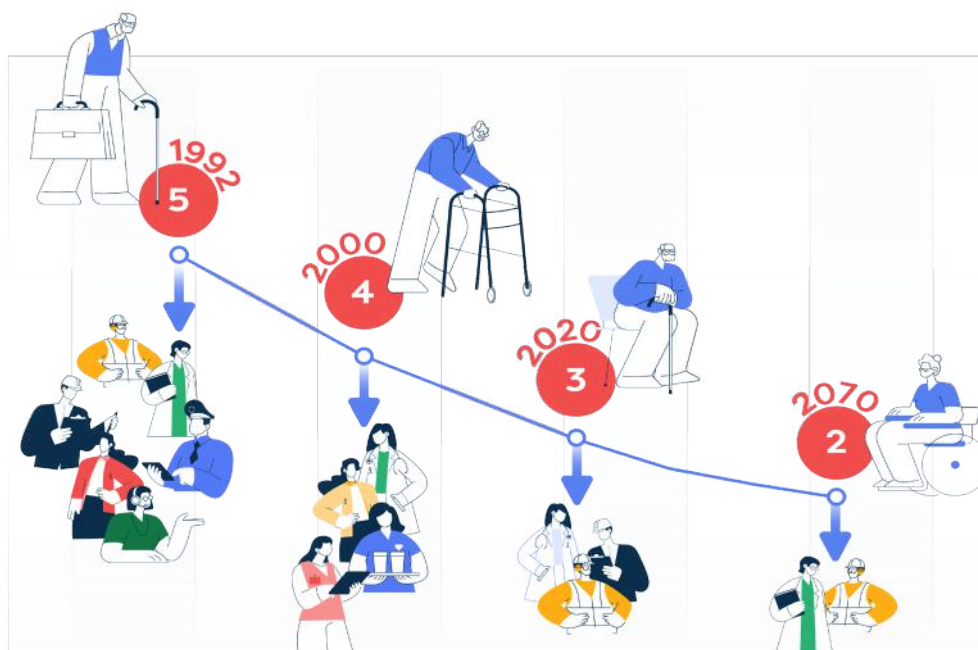
Het aantal gepensioneerden stijgt heel sterk, maar tegelijk daalt het aantal werkenden. Er zullen proportioneel minder werkenden zijn om de pensioenuitgaven en de stijgende zorgkosten te dragen, én de zorg te leveren voor de ouderen in de samenleving. De afhankelijkheidsratio van 65+ t.o.v. de leeftijdsgroep 15-64 neemt toe van 33,7% naar 46,38%. Per 65-plusser daalt het aantal personen in de leeftijdsgroep 15-64 jaar van 2,97 in 2023 naar 2,16 personen in 2070. Het aantal werkenden per pensioengerechtigde is nog lager. Volgens de cijfers van de Studiecommissie voor de Vergrijzing was er in 2022 1,8 werkende per pensioengerechtigde, dat zal tegen 2070 verminderd zijn naar 1,4 werkende per pensioengerechtigde.

Evolutie 65+'ers, 85+'ers en 90+'ers



Bron: 1992-2022: waarnemingen, Statbel; 2023-2071

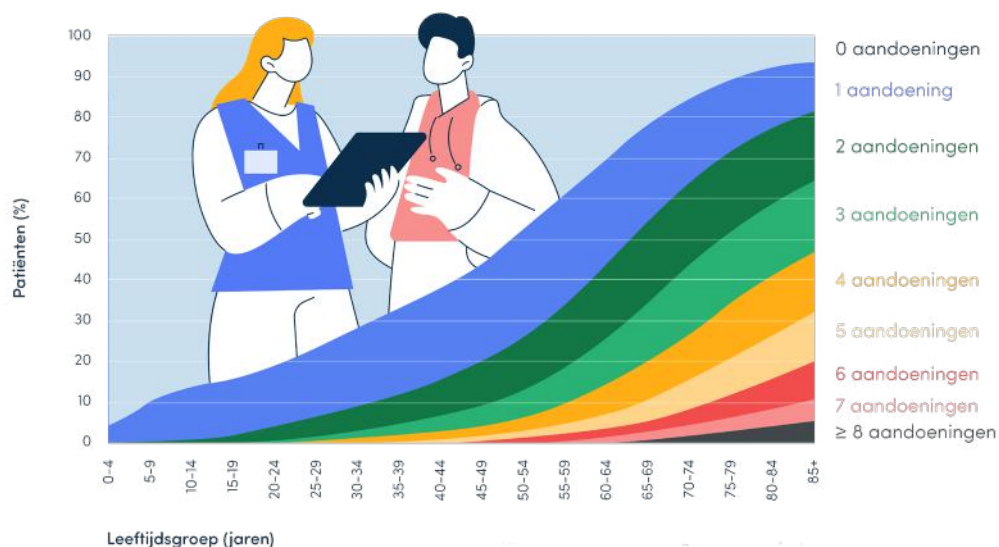
Beroepsactieven per 65+'er



Bron: 1992-2021: waarnemingen, Statbel; 2022-2070

Een grotere groep ouderen betekent veel meer patiënten met multipele **chronische aandoeningen** (hart- en vaatziekten, kanker, diabetes, chronische luchtwegaandoeningen, psychische aandoeningen...). Sommige van die ziektes zijn verbonden met levensstijl (roken, obesitas, ongezonde voeding, te weinig bewegen). De prevalentie van het hebben van minstens twee chronische ziekten stijgt met de leeftijd: van 0,8% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tot 41,8% in de leeftijdsgroep 75+. De helft van de mensen boven 65 jaar heeft minstens drie chronische aandoeningen, één op de vijf 65-plussers heeft er zelfs vijf.

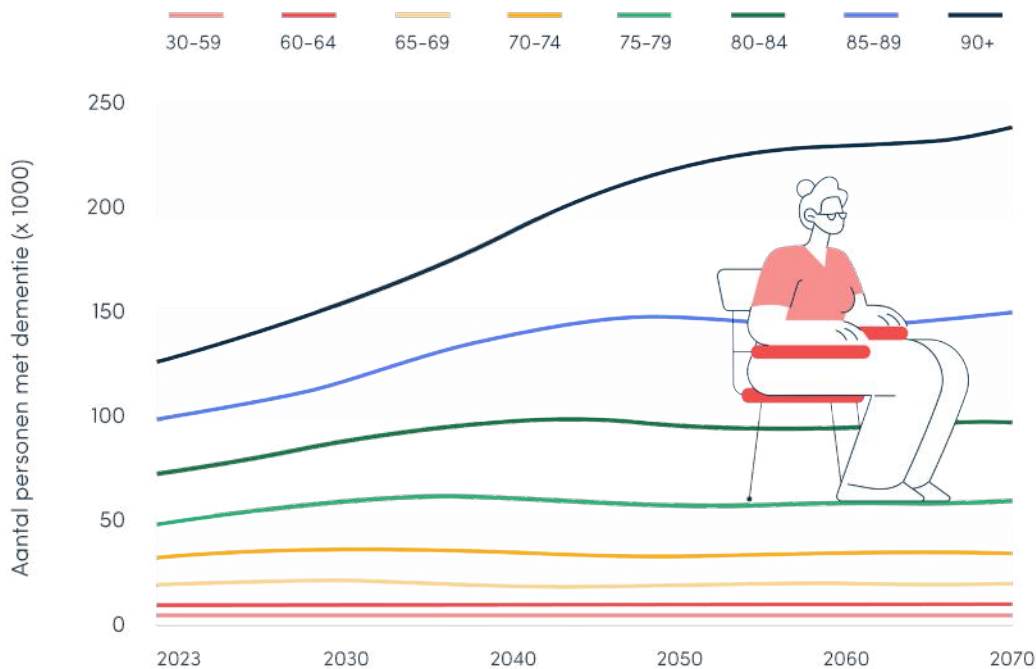
Prevalentie chronische aandoeningen



Bron: Barnett et al. Lancet 2012

Mensen met multimorbiditeit hebben een groter risico op functionele achteruitgang, een slechtere levenskwaliteit, een groter gebruik van de gezondheidszorg en een hoger sterftecijfer. De hogere ziektelast wegens chronische aandoeningen van de oudere bevolking zal de druk op het zorgsysteem doen toenemen, evenals de druk op de mantelzorg en andere vormen van langdurige zorg.

Prevalentie dementie



Bron: Schatting van prevalentie en incidentie van dementie in België en scenario's voor de toekomst. LUCAS KU Leuven

Ook het aantal mensen met dementie zal sterk toenemen. Leeftijd is immers de belangrijkste risicofactor voor **dementie**. Van de 80-plussers heeft ruim 1 op de 5 dementie, bij 90-plussers is dat 4 op de 10 personen. In 2023 zijn er in Vlaanderen ongeveer 130.000 mensen met dementie, in 2030 zullen dat er 150.000 zijn, in 2040 is hun aantal toegenomen tot 190.000. Momenteel woont 70% van de mensen met dementie thuis, waar ze verzorgd worden door familie en/of omgeving. De enorme stijging van het aantal personen met dementie zal een grote impact hebben op de vraag naar formele en informele zorg en ondersteuning.

Onze samenleving telt almaar meer mensen die **alleen wonen**. Volgens Statistiek Vlaanderen woonden er begin 2022 bijna 950.000 Vlamingen alleen. Verwacht wordt dat door de vergrijzing het aantal alleenwonenden verder zal toenemen. Tegen 2040 zal een half miljoen Vlamingen ouder dan 67 jaar alleen wonen. Ook in de andere leeftijdscategorieën neemt het aantal alleenwonenden toe. Alleen wonen weegt op het mentaal welzijn: alleenstaanden geven bijna dubbel zo vaak aan zich altijd of meestal eenzaam te voelen. Meer alleenwonenden doet de vraag naar formele zorg stijgen bij gebrek aan mantelzorgers in de thuissituatie.

Slinkend arbeidspotentieel

Tegelijk met de sterke toename van het aantal ouderen daalt de "bevolking op beroepsleeftijd". In 2023 zijn er in Vlaanderen 3.672.505 personen tussen 25 en 66 jaar. Hun aantal blijft dalen tot 3.630.676 in 2035, om daarna langzaam te stijgen tot 3.732.884 in 2050 en 3.911.760 in 2070. Vooral de komende jaren worden uitdagend. Volgens projecties van het Steunpunt Werk zullen tussen 2022 en 2032 ca. 789.000 mensen definitief de arbeidsmarkt verlaten en vervangen moeten worden. Voor elke honderd personen die uitstromen, treden er zo'n tachtig nieuwe in.

Minder mensen op beroepsleeftijd is een kleiner potentieel om zorgmedewerkers te rekruteren. De personeelsschaarste in de zorg is al sinds enkele jaren een acuut probleem. Het aantal openstaande vacatures stijgt jaar na jaar. De spanningsindicator voor verpleegkundige schommelde in 2023 rond 0,25. Dat betekent dat er voor elke vier vacatures slechts één werkzoekende kandidaat was. In februari 2024 waren er bij de VDAB meer dan 4500 vacatures voor verpleegkundigen en meer dan 2800 voor zorgkundigen. Begin 2022 publiceerde de cel Planning Gezondheidsberoepen van de FOD een predictie van de verpleegkundige workforce in 2043. Het rapport concludeert dat ondanks de voorspelde toename van het aantal verpleegkundigen (in aantal en VTE) het aanbod de vraag naar verpleegkundige zorg niet zal kunnen volgen. Ook voor andere gezondheidsberoepen is er krapte. De vicieuze cirkel is ondertussen bekend. Door te weinig instroom wordt de druk op de werkvloer onhoudbaar en stappen veel zorgmedewerkers uit het beroep omdat ze ook elders op de arbeidsmarkt veel kansen hebben.

We krijgen dus een heel andere **arbeidsmarkt** dan in de afgelopen halve eeuw, toen er altijd een overschot was. De arbeidsmarkt kent niet langer een loutere mismatch van vraag en aanbod. Er is gewoonweg volk te kort om al het werk gedaan te krijgen. De krapte is algemeen. Een beroep "aantrekkelijker" maken, is dus geen oplossing meer. Elke zijinstromer in de zorg of de klas creëert een nieuw tekort elders.

De gloeiende arbeidsmarkt legt ook enkele nieuwe evoluties bloot. Net als in Nederland - dat ons hierin voorging - is er een sterke tendens naar "verzelfstandiging": meer mensen met een zorgdiploma kiezen voor interimarbeid of projectwerk; meer thuisverpleegkundigen voor een zelfstandigenstatuut. Dat heeft een grote impact op de betaalbaarheid van de zorg en maakt de zorgorganisatie ook moeilijker. Zorgaanbieders moeten wegens de personeelskrapte verplicht meer beroep doen op het aanbod van uitzendkantoren en zelfstandigen, met tarieven die tot het dubbele oplopen.

Jongeren studeren ook langer, specialiseren, en hebben meer oog voor hun balans werk-privé. Ze kiezen er nu meer dan vroeger voor om al bij het begin van hun carrière niet voltijds te werken. Voor de vervanging van één oudere huisarts zijn anderhalve tot twee jonge huisartsen nodig. Het ziekteverzuim in de zorgsectoren is ook hoger dan in andere sectoren, gemiddeld ruim 13% in vergelijking met 9% in de andere sectoren.

In- en uitstroom Vlaamse beroepsbevolking



Voor elke **honderd** personen die in Vlaanderen de arbeidsmarkt verlaten, stromen er zo'n **tachtig** in.

Naast een verminderde workforce voor de formele zorg, is het te verwachten dat er ook minder **mantelzorg** beschikbaar zal zijn. Net terwijl de vraag naar mantelzorg in de toekomst door het toenemend aantal ouderen heel sterk zal stijgen. Vooral de 55- tot 65-jarigen zorgen voor de 85-plussers. Wie jonger is, heeft het te druk met kinderen en werk. Wie ouder is, heeft meer vraag naar mantelzorg dan aanbod. Maar net die groep die het vaakst mantelzorg opneemt, wil men langer aan het werk houden. Zij zijn ook de groep die het vaakst bevraged worden om de gaten in de kinderopvang te dichten. Meer en meer maken grotere geografische afstanden – en dus minder nabijheid – het opnemen van (intensieve) mantelzorg moeilijker. Zo groeit de spanning tussen twee beleidsdoelen: enerzijds 'meer mensen langer aan het werk' en anderzijds 'grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun hulpbehoevende netwerkleden'.

Mentaal welzijn onder druk

De nulmeting van de Public Mental Health Monitor eind 2023, die de psychische gezondheid van de volwassen Vlamingen in kaart brengt, toont ons de uitdagingen op het vlak van mentaal welzijn. Meer dan 1 op 5 Vlamingen (22%) voldeed in de afgelopen twaalf maanden aan de criteria van een psychische stoornis, waarvan de meest voorkomende depressie, angststoornissen, alcoholstoornissen en externaliserende stoornissen zijn. In vergelijking met data van 20 jaar geleden komen psychische stoornissen meer voor. Vooral de externaliserende stoornissen baren zorgen. Die problemen ontstaan vaak al op erg jonge leeftijd; jongeren met externaliserende en impulsieve problemen hebben ook een veel hogere kans om in hun latere leven andere psychische stoornissen te ontwikkelen. Personen met een lagere sociaal-economische status hebben ook een hogere prevalentie om een psychische stoornis te ontwikkelen. Ondanks alle maatschappelijke aandacht blijkt dat mensen met een psychische stoornis nog altijd gemiddeld tien jaar wachten om hulp te zoeken. De uitdaging om die uitsteltijd te verkleinen, is groot. Ook de mentale problemen bij ouderen zijn zwaar onderschat. Volgens de Gezondheidsenquête van 2018 kampt 20% van de personen tussen 65 en 74 jaar met psychische problemen. Dat stijgt tot bijna 30% bij 75-plussers. Over alle leeftijdsgroepen heen zijn voor mannen ouder dan 75 jaar de suïdecijfers het hoogst.

Redenen tot uitstel behandeling



Bron: Bruffaerts, R. et al. 2024. *De mythes bevroegd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023*. Zorgnet-Icuro.



[Lees hier de publicatie 'De mythes bevroegd. Resultaten Public Mental Health Monitor 2023'.](#)

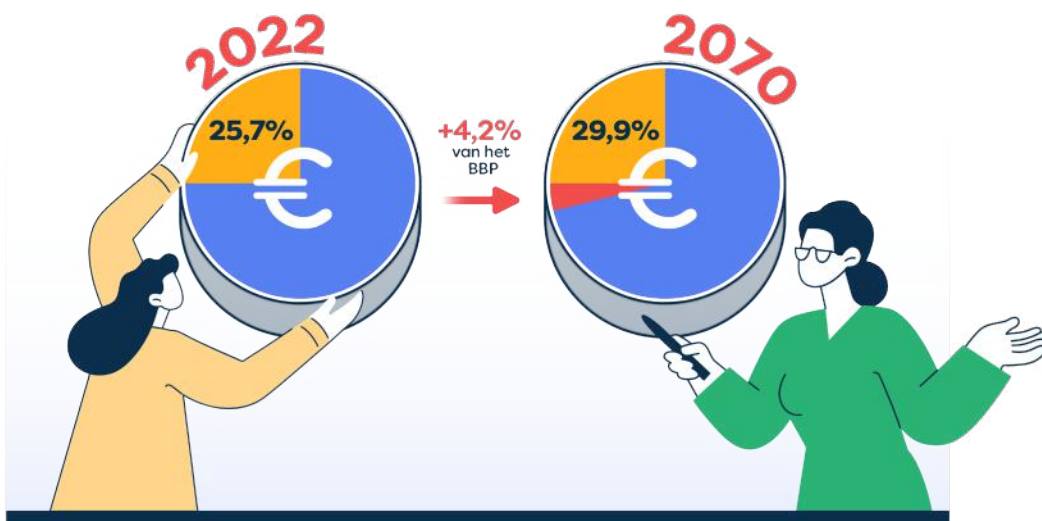
<- Of scan de QR-code

Budgettaire context

Wordt ons zorgstelsel onbetaalbaar? Onze sociale zekerheid is gebouwd op een jonge naoorlogse generatie die almaar productiever werd. Maar de bevolking wordt ouder en de reserves om de vergrijzingskosten in de sociale zekerheid te betalen, zijn er niet. Het armoederisico bij ouderen neemt weliswaar af, maar het neemt dan weer toe bij de jongere generaties. In haar verslag van 2023 berekende de Studiecommissie voor de Vergrijzing dat de sociale overheidsuitgaven zullen stijgen van 25,7% van het bbp in 2022 naar 29,9% van het bbp in 2070. Tussen 2022 en 2028 verwacht de commissie dat wegens de veroudering van de bevolking de pensioenuitgaven zullen stijgen van 11,5% naar 12% en de kosten voor de gezondheidszorg van 8,3% naar 9,1% van het bbp.

Volgens de nieuwe Europese begrotingsregels moet België bovendien het begrotingstekort tegen 2031 terugbrengen naar 1,5%. Daarvoor moet ons land de volgende zeven jaar 27 miljard euro besparen, dat betekent jaarlijks 0,65 procent van het bbp. In 2024 gaat het om 3,9 miljard euro. Bovendien zijn er ook de kosten van de noodzakelijke klimaattransitie.

Kost van de vergrijzing



Bron: Rapport Hoge Raad van financiën - Studiecommissie voor de Vergrijzing

Ondertussen staat de financiële leefbaarheid van de zorgorganisaties zwaar onder druk. De energiecrisis, de inflatie, de sterk gestegen bouwkosten en de hoge kosten voor het betalen van interimpersoneel sloegen de afgelopen twee jaar gaten in de begrotingen. De jaarlijkse MAHA-analyses van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen toonden hoe de al dunne marges verder afkalfden en meer en meer voorzieningen richting rode cijfers duwen. In 2022 klokten de Belgische algemene ziekenhuizen samen af op een negatief resultaat van -0,96%. Bij de woonzorgcentra in de social profit hetzelfde verhaal. Bij de leden-woonzorgcentra van Zorgnet-Icuro is de gemiddelde winst gedaald van 2,33% in 2021 naar 0,86% in 2022, en naar -0,87% in 2023. Veel zorgorganisaties moeten putten uit hun reserves. Het maakt dat er nauwelijks nog geïnvesteerd kan worden in infrastructuur of innovatie.

Wetenschap en technologie staan niet stil. Gepersonaliseerde behandel mogelijkheden en geneesmiddelen voor kleine populaties zijn vaak peperduur. De roep om alles terug te betalen wat theoretisch kan, botst nu al met de financiële mogelijkheden van een breed toegankelijke gezondheidszorg. Zal alles wat mogelijk is, in de toekomst ook in het solidaire systeem kunnen aangeboden blijven? Hoe gaan we die schier onbegrensde "wetenschappelijke mogelijkheden" eerlijk verdelen zonder naar een tweedeling in de zorg te evolueren? Het zijn diepgaande ethische vragen die in de toekomst steeds prangender zullen worden.

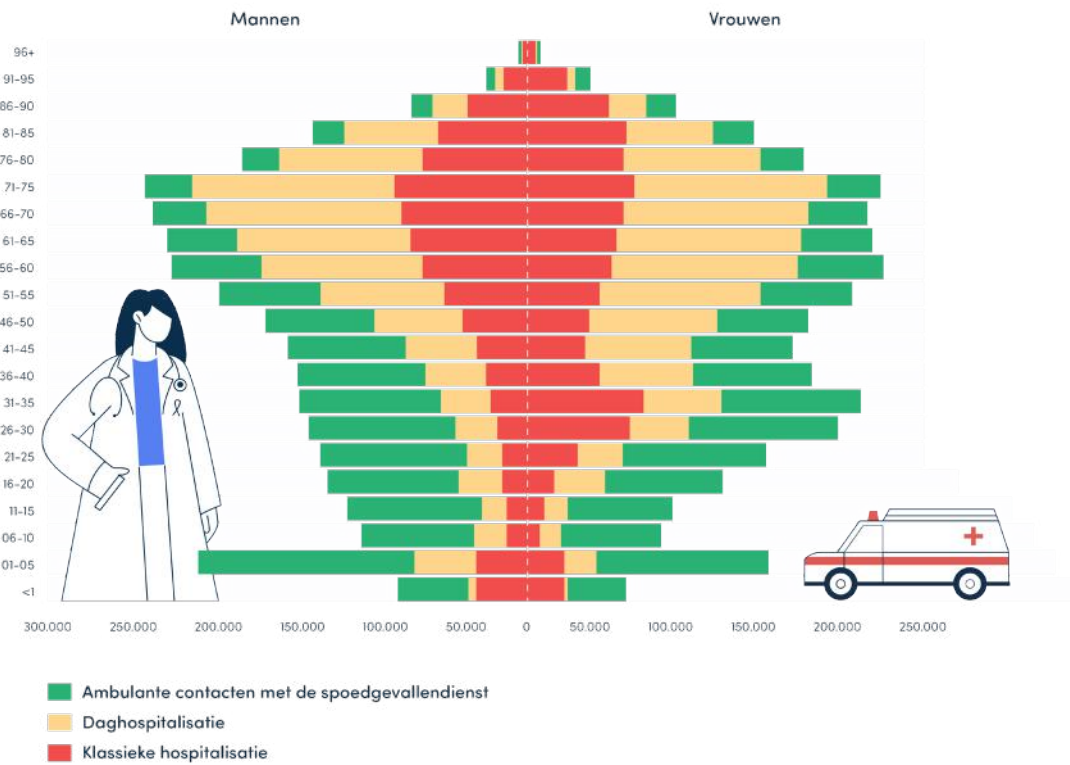
Impact demografische transitie op zorg

Een samenleving met veel meer mensen op hogere leeftijd zal de vraag naar zorg en ondersteuning exponentieel doen stijgen. Veruit de meeste zorg hebben we nodig tijdens onze laatste levensjaren. Zelfs wanneer iemand lang gezond blijft, komt er vaak nog een heel moeilijke laatste levensfase met complexe zorg. De zorgvraag zal toenemen in alle segmenten en echelons van de zorg: informele zorg, eerste lijn, thuiszorg, ziekenhuiszorg, residentiële ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg... Trekken we ons zorgsysteem in zijn huidige vorm door, dan is het risico op een "zorginfarct" behoorlijk hoog. Dan zal de noodzakelijke zorg niet meer voor iedereen toegankelijk zijn, wat de meest kwetsbaren het hardst zal treffen.

De eerste "symptomen" hiervan zijn al zichtbaar. We zien nu al spoedafdelingen overlopen, lange wachttijden voor consulten, mensen die geen huisarts meer vinden, afdelingen in woonzorgcentra die sluiten...

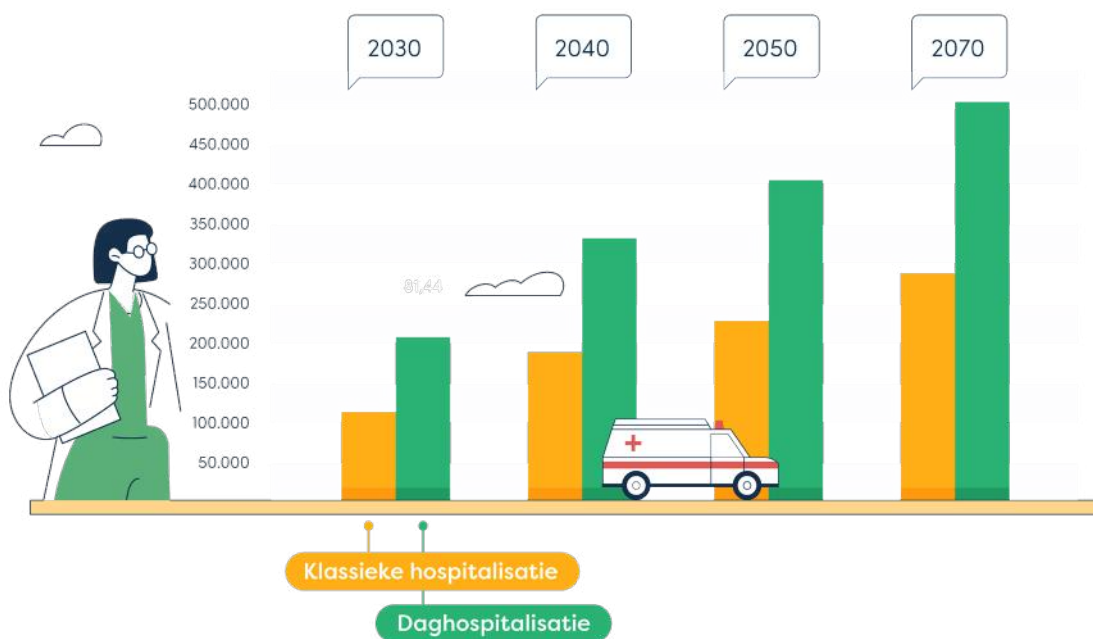
Hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans op een **ziekenhuisopname**. 63% van de mannelijke en 51% van de vrouwelijke 85-plussers wordt in de loop van het jaar opgenomen voor een klassieke hospitalisatie, en respectievelijk 60% en 40% in daghospitalisatie (cijfers 2019). Ouderen zijn ook grootverbruikers van geneesmiddelen; België scoort hier internationaal ook hoog. Een gemiddeld verblijf op geriatrie in het ziekenhuis duurt 13 dagen t.o.v. 4 dagen op andere acute diensten (exclusief materniteit en pediatrie). Als we de huidige opnamecijfers voor 65-plussers doorrekenen naar de toekomst, betekent het dat de ziekenhuisopnames van 65-plussers tegen 2030 met 25% zouden stijgen, tegen 2040 met ruim 40% en tegen 2070 met ruim 60%.

Ziekenhuisopnames per leeftijdscategorie (cijfers uit 2021)



Bron: www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen

Evolutie ziekenhuisopnames 65-plussers bij ongewijzigd beleid



Voor de berekening van het benodigde aantal woongelegenheden in woonzorgcentra bestaan er door de Vlaamse overheid vastgelegde programmatiënormen. Op basis van bevolkingsprojecties over vijf jaar kent de overheid vergunningen toe. Op die manier nam het aantal plaatsen in Vlaamse woonzorgcentra de afgelopen tien jaar toe met bijna 14.000 tot de huidige ca. 85.000 woongelegenheden. De overheid zette enkele jaren geleden die programmatie echter "on hold". Er zijn momenteel 3000 woongelegenheden die al zijn toegewezen aan zorgaanbieders, maar nog niet werden gerealiseerd. Of en hoeveel nieuwe woongelegenheden er na 2025 kunnen bijkomen, heeft de overheid nog niet beslist. Op basis van de bevolkingsprognoses van het Planbureau zouden dat volgens de huidige programmatiënormen in 2023 al 116.000 woongelegenheden moeten zijn, tegen 2030 meer dan 140.000 en tegen 2035 meer dan 160.000. Dat is een totaal onrealistisch scenario dat aantoonde dat de huidige programmatiënormen totaal verouderd zijn en dringend aan herziening toe. Maar dat er door het sterk toenemend aantal personen op heel hoge leeftijd extra woonzorgcapaciteit zal moeten bijkomen, staat buiten kijf.



[Lees hier de publicatie 'Zorg voor de zilveren generatie: toekomsttoefening woonzorg voor ouderen'](#)

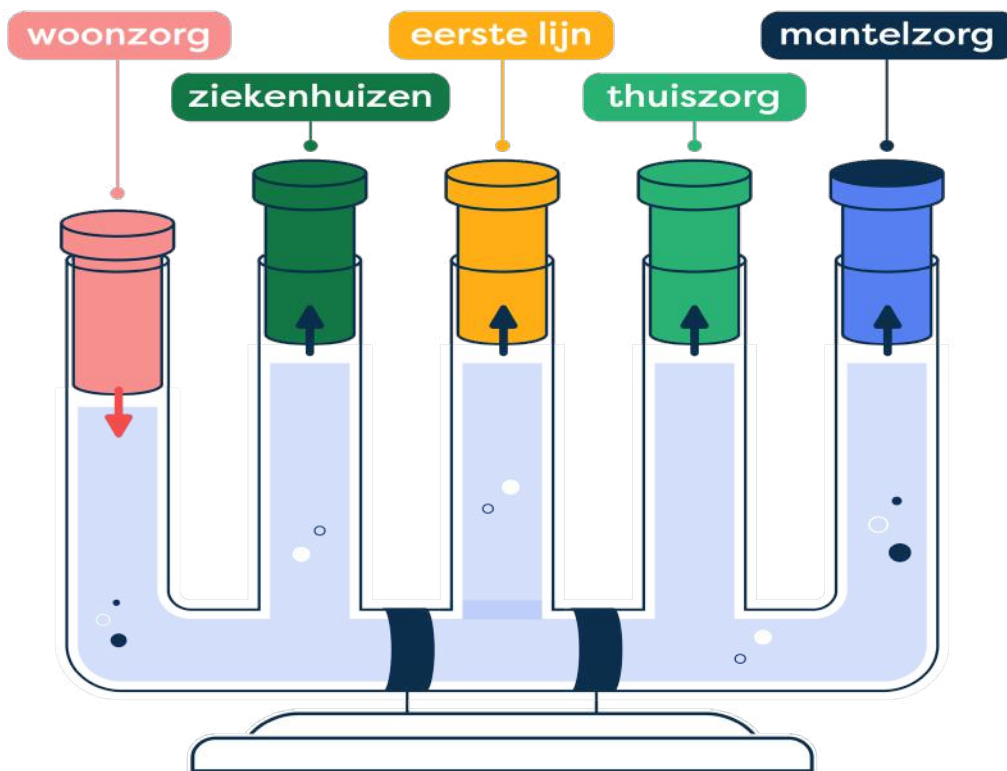
<- Of scan de QR-code

Te verwachten is dat ook de zorgvraag in de geestelijke gezondheidszorg zal toenemen. De toegenomen psychische stoornissen die al starten op heel jonge leeftijd vormen een hoog risico voor complexere en zwaardere psychische problemen in de volwassenheid. Meer en meer wordt duidelijk dat ook de ouderen in onze samenleving kampen met langdurige psychische problemen. Het is een groep die weinig in beeld komt, en waarvoor tot nu toe onvoldoende aanbod is ontwikkeld.

Duidelijker kunnen we het hierboven geschetste cijferplaatje niet maken. Doen we niets, dan zullen we door de combinatie van een explosieve stijging van de zorgvraag met een structureel en langdurig tekort aan zorgverleners noodgedwongen evolueren van een systeem van ongebreidelde groei naar een krimpscenario. Van meer naar minder zorg, of minstens anders georganiseerde zorg. Er zal veel meer informele zorg nodig zijn, terwijl er – alvast in theorie – minder mantelzorgers beschikbaar zullen zijn.

Aan aparte "problemen" iets doen, biedt geen oplossing. Ook in de zorg geldt de wet van de **communicerende vaten tussen de verschillende segmenten in de zorg**. Is er een huisartsentekort, dan gaat het aantal aanmeldingen op spoed omhoog. Verkort je de hospitalisatieduur en doe je meer ingrepen in het dagziekenhuis, dan komen er meer vragen voor de thuisverpleging. Zijn er wachtlijsten voor de woonzorgcentra, dan stroomt de gezinszorg over, liggen de geriatrie-afdelingen in de ziekenhuizen vol, of zijn de psychiatrische verzorgingstehuizen overbevestigd. Minder residentiële zorg legt meer druk op alle ambulante zorgaanbieders. We zullen het zorgsysteem dus in zijn totaliteit moeten bekijken en hervormen. En dat impliceert ook een diepgaande en doeltreffende samenwerking tussen verschillende bevoegde overheden én beleidsdomeinen, tussen de federale overheid en die van de gewesten/gemeenschappen.

Communicerende vaten



Meer druk op het zorgsysteem zal onvermijdelijk leiden tot een **groter risico op toenemende verschillen**. Jarenlang hadden we een robuuste sociale zekerheid met een grote zorgtoegankelijkheid voor alle bevolkingsgroepen. Het aanbod kon meestal de vraag volgen. Dat zal onvermijdelijk kantelen in de komende decennia. Wie de weg kent, wie (hoog)geschoold is, zal gemakkelijker zijn weg vinden in het schaarsere aanbod. In een prestatiegericht systeem zal het onevenwicht tussen vraag en aanbod bovendien druk zetten op de tarieven van de zelfstandige zorgverstrekkers, ondanks de sociale correctiemechanismen.

Een schaars goed is ook altijd aantrekkelijk voor commerciële spelers. "Laat het ons overlaten aan de wetten van vraag en aanbod", is dan de voorgestelde toveroplossing. De recente gebeurtenissen bij een aantal commerciële spelers laten zien hoe groot de risico's zijn en welke drama's hiermee gepaard kunnen gaan. Het is een open deur intrappen om te stellen dat de financiële drijfveer enorm zwaar doorweegt bij commerciële aanbieders. Hoe je het ook draait of keert, aandeelhouders verwachten winstuitkering. Zeker is dat wachtlijsten en tekorten de beter gegoeden onvermijdelijk zullen drijven naar het "privaat" inkopen van zorg aan steeds hogere prijzen.

Hoe houden we onze zorg “houdbaar”?

Wat kunnen de paden zijn waarlangs we onze zorg heroriënteren om die “houdbaarder” te maken? Met andere woorden: hoe kunnen we met de beschikbare capaciteit aan mensen en middelen toch zoveel mogelijk kwaliteitsvolle zorg leveren in een zorgsysteem dat breed toegankelijk blijft? Hiervoor is doortastendheid nodig en een echt **masterplan**. Het zal moed en durf vragen van alle stakeholders, zorgaanbieders, beroepsgroepen en de overheid. We kunnen de problemen immers niet “apart aanpakken” binnen de verschillende lijnen of segmenten van de zorg. Het kan alleen maar door over de muren te kijken en radicale veranderingen door te voeren, door voluntaristisch en op een andere manier te gaan samenwerken. Het is langetermijnbeleid. We vragen dat de overheden hier absoluut mee starten in de komende legislatuur en nodigen alle zorgaanbieders en beroepsgroepen uit om *out of the box* mee te werken aan oplossingen vanuit één globale doelstelling: kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg voor kwetsbare mensen met een optimale aanwending van publieke middelen.

Een gedeelde verantwoordelijkheid

Populatiebreed werken aan gezondheid betekent dat we niet vertrekken van het individu, maar van de noden van een groep, een wijk, een buurt, een regio. Het betekent ook dat we expliciet gaan werken op de indirecte factoren die bijdragen tot gezondheid en ziekte. En dat vergt een veel breder en domeinoverschrijdend beleid dan enkel de zorg. Onderwijs, huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, voeding... Gezondheid wordt zo een breed gedragen collectieve verantwoordelijkheid. Mensen gezond houden staat centraal. Hierover kennis en vaardigheden bijbrengen, kijken naar de impact van beleidsbeslissingen voor de gezondheid op domeinen als mobiliteit, verkeersveiligheid, voeding, huisvesting... kunnen een enorme impact hebben om onze zorg houdbaar te houden. Bovendien maakt die basisinstelling meteen ook een belangrijke connectie met de andere manieren van leven en consumeren die nodig zijn om de klimaatcrisis aan te pakken. Alle beleidsdomeinen moeten worden gestimuleerd om hun verantwoordelijkheid te nemen in deze demografische transitie.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) spoort de landen aan om proactief acties te ondernemen voor het behoud en het verbeteren van de levenskwaliteit van oudere mensen, hun families en de gemeenschappen waartoe zij behoren. De WHO heeft de periode van 2021-2030 tot de decade van *healthy ageing* uitgeroepen en vraagt om hiervoor concrete initiatieven te nemen op 4 actiedomeinen:

1. De realisatie van leeftijdsvriendelijke leefomgevingen. Hierbij wil men de sociale determinanten van het gezond ouder worden aanpakken en alle mensen, ongeacht hun niveau van fysieke of mentale capaciteit, in staat stellen de dingen te blijven doen die ze belangrijk vinden en een waardig leven te leiden.
2. De strijd tegen de leeftijdsdiscriminatie. Dit gaat over stereotypering (hoe we denken), vooroordeel (hoe we ons voelen) en discriminatie (hoe we handelen) jegens mensen op basis van hun leeftijd.
3. Inzetten op geïntegreerde zorgmodellen, opdat de zorg en ondersteuning voor ouderen goed wordt gecoördineerd tussen de verschillende gezondheids- en sociale zorgverleners, met voldoende inbreng van de ouderen zelf.
4. Ontwikkeling van duurzame, toekomstbestendige langdurige zorg zodat ouderen zo lang mogelijk hun functionele capaciteiten kunnen behouden en een waardig leven leiden.



Alle beleidsdomeinen kunnen bijdragen aan de realisatie van deze vier actiedomeinen en dat zal nu, meer dan ooit, nodig zijn.



De personeelsschaarste in de zorg staat niet op zich. Er is een algemene krapte op de arbeidsmarkt; de lijst met knelpuntberoepen wordt steeds langer. Er zijn gewoon mensen te kort om alle vormen van productie en dienstverlening in stand te houden waarop onze samenleving is gebouwd. Er is weliswaar nog een groep inactieven, die mits gerichte inspanningen naar de arbeidsmarkt kunnen worden geleid. Maar dat zal onvoldoende zijn om de structurele tekorten te drukken. De vraag is dus veeleer op welke manier we met minder mensen hetzelfde werk gedaan krijgen. En wat zijn daarbij kernactiviteiten die binnen het arbeidsmarktbeleid moeten worden ondersteund? Zorg moet daar zeker een van de prioriteiten zijn.



Ook de manier waarop we **wonen** en onze **ruimte inrichten**, speelt een rol in hoe we de zorg in de toekomst organiseren. Over een halve eeuw zullen er in Vlaanderen ruim 7,6 miljoen mensen wonen op een relatief kleine oppervlakte. De manier waarop we de ruimte ingenomen hebben en het soort huizen waarin we wonen, doen niet alleen wegen dichtslibben, maar maakt ook de zorg niet evident. Misschien moeten we ook de kilometerslange lintbebouwing waar zorgautootjes af en aan rijden om mensen met een zorgvraag te verzorgen in hun dikwijls veel te grote en/of onaangepaste huizen, in bepaalde situaties in vraag durven stellen. Bovendien werkt die verspreide manier van wonen de eenzaamheid van de stijgende groep alleenwonenden – ouderen, maar ook jongere generaties – in de hand. Het is een illusie om te denken dat “zo lang mogelijk thuis wonen” voor ouderen de optie is die altijd en overal ook de meeste levenskwaliteit biedt.

We kunnen onze zorg houdbaarder houden door onze dorpen en steden “zorgvriendelijker” te maken. Wat kan dat betekenen? Door vormen van wonen te creëren waarbij generaties en groepen dicht bij elkaar wonen, en meer voor elkaar kunnen zorgen. Er moeten kleinere woonunits komen, dicht bij scholen, parken, eetgelegenheden, waar de infrastructuur aangepast en toegankelijk is. Daar kunnen we de thuiszorg op een menselijker manier organiseren. En geven we “community building” een echte kans. We spreken nu veel over buurtgerichte zorg, maar in de verspreide Vlaamse bebouwing krijg je die maar moeilijk van de grond. De manier waarop we wonen kan zo bepalend zijn voor het vrijwillige engagement dat andere generaties kunnen en willen opnemen in de zorg. We hebben plekken nodig waar ouderen zelfstandig wonen en zich verzekerd weten van het contact, de zorg en geborgenheid van andere mensen om zich heen. Dicht bij elkaar wonen zal ook de eenzaamheid – een steeds groter wordend maatschappelijk probleem – minder kansen geven. Laat ons creatief zijn in het bedenken van nieuwe concepten van zorg en samenwonen.

- Ontwikkel een arbeidsmarktbeleid dat de kerntaken ondersteunt.
- Ontwikkel projecten waar zorg efficiënter kan verleend worden en waar mensen elkaar gemakkelijker kunnen helpen: alternatieve woonvormen, intergenerationele vormen van wonen. Creëer daarvoor een regelluw klimaat.
- Maak wonen betaalbaarder voor kwetsbare groepen zoals ouderen en mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Inzetten op preventie

Meer inzetten op **preventie voor alle leeftijdsgroepen**, op het fysiek en mentaal gezond houden van mensen, is een “no-brainer”. Een gezonde leefstijl voorkomt veel chronische aandoeningen, een groot deel van onze “ziektelast”. Welvaartsziekten zijn niet meteen dodelijk, maar hebben een grote impact op de levenskwaliteit en leggen een gigantische hypotheek op de houdbaarheid van de gezondheidszorg. 80% van de gezondheidsuitgaven zijn terug te brengen tot 20% van de patiënten. Maar een doorgedreven preventiebeleid werpt pas over langere termijn zijn vruchten af, en dus is die switch maken binnen een korte-termijnbeleid niet evident. Bovendien is de overheid die de vruchten plukt van preventie niet altijd de overheid die erin investeerde. We vragen dat de verschillende overheden hiervoor samen een plan uittekenen met duidelijke gezondheidsdoelstellingen.

Bij de uittekening van het preventiebeleid moet er ook expliciete aandacht zijn voor de sociale determinanten van gezondheid en ziekte. Sociale contextgegevens (huisvesting, woonplaats, afkomst, maar vooral onderwijs) bepalen in belangrijke mate je gedrag en levensstijl. Ze zijn doorslaggevend voor je gezondheid en levensverwachting dan de biologische determinanten. We moeten dus prioritair inzetten op die kwetsbare doelgroepen waar het meest gezondheidswinst te halen is.

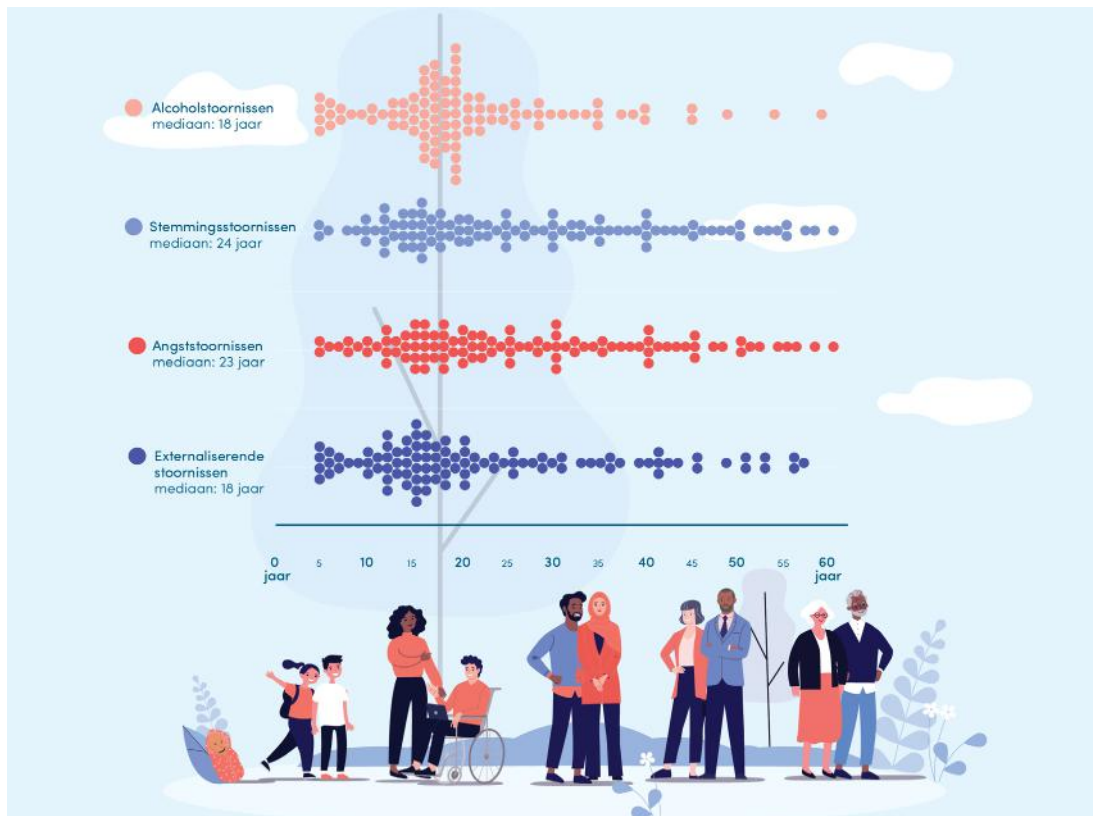
Zorgnet-Icuro pleit voor een zorg- en welzijnsbeleid ten aanzien van de ouder wordende bevolking dat in eerste instantie uitgaat van gezond ouder worden. Preventie is hierbij het sleutelwoord. Het doel is om de kansen op gezondheid te vergroten zodat ouderen actief aan de samenleving kunnen deelnemen en een onafhankelijk leven kunnen leiden met een goede kwaliteit van leven.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg zijn preventie en vroegdetectie cruciaal, vooral bij kinderen en jongeren. Veel psychische stoornissen beginnen al vroeg; de mediane aanvangsleeftijd ligt rond de 20 jaar. De gezondheidswinsten van vroegbehandeling zijn enorm en vermijden dat er op latere leeftijd veel zwaardere vormen van behandeling nodig zijn. We pleiten ook voor groepsgerichte programma's bij de brede bevolking.



We vragen dat de overheid meer initiatieven neemt die de kennis en de gezondheidsvaardigheden van de bevolking verhogen. Meer gezondheidswijsheid zal zorgen voor meer autonomie, een hogere levenskwaliteit, een betere therapietrouw en minder onnodige consumptie van zorg. Versterking van de eigen regie en de zelfredzaamheid zijn belangrijke uitgangspunten als we het hebben over preventie bij ouderen. Goede preventie kan immers voor velen het verschil maken tussen zelfstandig leven of afhankelijkheid op hoge leeftijd. Preventie kan de sleutel zijn tot langer genieten van een behoorlijke gezondheid en een actief leven. Kortom, *health in all policies*.

Aanvangsleeftijd van psychische stoornissen



Bron: Bruffaerts, R. et al. 2024. *De mythes bevestigd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023*. Zorgnet-Icuro.

- Maak van preventie een speerpunt, ook bij ouderen en bij mensen met psychische problemen.
- Zet bij preventie prioritair in op sociaal kwetsbare groepen.
- Verhoog de kennis en de gezondheidsvaardigheden van de bevolking.

Goede basiszorg = een basisrecht

Goede basiszorg is een van de grootste maatschappelijke uitdagingen, in het bijzonder voor ouderen. De overgrote meerderheid van de ouderen geeft er de voorkeur aan om zo lang mogelijk zelfstandig of bij hun familie te wonen. Of ze daarin slagen, hangt af van het ouderdomsproces en de gezondheidsevolutie. Uit onderzoek blijkt dat naarmate de levensverwachting stijgt, ook meer jaren in goede gezondheid worden doorgebracht. Niettemin hebben veel oude mensen bij dagelijkse bezigheden als wassen of koken hulp nodig. Mensen in armoede hebben het minst kans om gezond oud te worden. Met andere woorden, degenen die waarschijnlijk de meeste hulp nodig hebben, zijn juist de mensen die zich dat het minst kunnen veroorloven. En hoewel thuiszorg vaak betaalbaarder is dan zorg in een voorziening (behalve wanneer het gaat om acute zorg), kunnen ouderen met lage inkomens zich vaak zelfs de meest basale ondersteuning niet veroorloven. Het spreekt voor zich dat een goed lokaal uitgebouwde én georganiseerde eerstelijnszorg waar zeer veel basiszorg wordt verleend (thuiszorg en residentiële zorg) cruciaal is voor de zorg en het welzijn van de ouder wordende bevolking. Hierbij vragen we ook voldoende aandacht voor de integratie van palliatieve zorg.



- Een goed uitgebouwde eerstelijnszorg moet een basiszorg voor iedereen garanderen.

Zorg voor de medewerkers

Het is niet realistisch om te denken dat er toveroplossingen bestaan voor het torenhoge personeelsprobleem in de zorg. Een meersporenbeleid dat inzet op de aantrekkelijkheid van het beroep in combinatie met meer flexibiliteit qua inzet van profielen en een andere arbeidsorganisatie kunnen de scherpe kanten van het probleem wat verzachten. Ook de inzet van technologie en domotica, en het verminderen van de administratieve overlast kunnen helpen. Maar zorg zal altijd in hoge mate mensenwerk blijven.

De stijgende zorgvraag zal de vraag naar (gekwalficeerde) zorgprofessionals in de nabije toekomst verder doen toenemen.

Zorgnet-Icuro publiceerde een uitgebreide nota met aanbevelingen om zorgberoepen aantrekkelijker te maken, het werk voor de medewerkers werkbaar en houdbaar te maken, en ervoor te zorgen dat de zorgaanbieders het werk op de werkvloer met de vele openstaande vacatures ook georganiseerd krijgen.



[Lees hier de publicatie 'Personeelsschaarste in de zorg'](#)

<- Of scan de QR-code

We lichten er enkele speerpunten uit:



- Het is evident dat we moeten blijven investeren in **campagnes** om de zorgberoepen in de kijker te zetten en jongeren te motiveren hiervoor te kiezen. Evengoed moeten we blijven inspanningen leveren om kansengroepen en zijinstromers toe te leiden naar de zorg. We moeten samen constructief werken aan een positieve beeldvorming van de sector. De basisopleidingen dienen voldoende generiek te zijn, met specialisatiemogelijkheden, zodat zorgpersoneel doorheen hun loopbaan voldoende flexibel inzetbaar is, gemakkelijk van job kan switchen naar andere contexten en inhoud, en doorgroeimogelijkheden heeft.



- Om kwaliteitsvolle zorg te kunnen blijven leveren in een context van schaarste hebben we nood aan wendbaarder zorgorganisaties. Het is essentieel dat we uiteenlopende profielen dynamisch kunnen inschakelen op de werkvloer, op basis van het principe dat wie bekwaam is, ook bevoegd is. Recent hebben er belangrijke wijzigingen plaatsgevonden in de **wetgeving over de uitoefening van gezondheidszorgberoepen (WUG)**, met name de hervorming van de verpleegkunde. Hoewel die veranderingen positieve ontwikkelingen met zich meebrachten, zijn er ook nieuwe uitdagingen en bestaande knelpunten aan het licht gekomen. Een verdere herziening van de WUG, samen met een noodzakelijke evaluatie in samenspraak met alle stakeholders, is nu meer dan ooit aan de orde.

- We vragen een **betere verloning voor onregelmatige prestaties**. Avond- en nachtwerk, werken op zaterdag en zondag... zijn inherent aan het werken in de zorgsector, maar zijn belastend voor de medewerker. Het is een van de voornaamste hindernissen voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Een benchmark met andere sectoren leert dat we hier achterop lopen. Plannen voor een betere verloning van zorgmedewerkers moeten zich vooral focussen op een aangepaste beloning van deze onregelmatige prestaties en voorkomen dat mensen kiezen voor interimwerk of een zelfstandigenstatuut om aan de onregelmatige prestaties te ontsnappen.
- De loons- en arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers in de federale en Vlaamse sectoren moeten gelijk blijven lopen. Anders ontstaat er een ongelijk speelveld in de war for talent.
- De **praktijk van interim- en projectstaffing** in de zorg heeft de afgelopen jaren al te hoge proporties aangenomen. Zorgorganisaties moeten voldoen aan de wettelijke personeelsnormen om kwalitatieve en veilige zorg te garanderen. Wanneer cruciale vacatures via het normale circuit niet kunnen worden ingevuld, zijn werkgevers genoodzaakt om beroep te doen op interimkrachten of projectverpleegkundigen of –zorgkundigen. Die kosten de werkgever anderhalf tot twee keer zoveel. Bovendien creëren ze tussen de zorgmedewerkers een ongelijk speelveld inzake loons -en arbeidsvoorwaarden. De winst gaat nu naar de kantoren die medewerkers weglokken bij de zorgaanbieders. Interim- en projectarbeid evolueert steeds meer naar een enorme kostendriver van een sector die werkt met overheidsmiddelen. We vragen dat (interim- en) projectwerk in de zorg aan banden wordt gelegd.
- We constateren dat medewerkers in de zorg meer en meer het slachtoffer worden van **agressie**, zowel verbaal als fysiek. Dit terugdringen moet een absolute beleidsprioriteit worden, om te vermijden dat agressie van patiënten zorgverleners de handdoek in de ring doet gooien.



Kan **arbeidsmigratie** een oplossing bieden voor de personeelsschaarste?

Actief arbeidskrachten in het buitenland rekruteren en inzetten in de zorg is niet eenvoudig. De administratieve procedures zijn behoorlijk complex. Het gaat in de eerste plaats om de erkenning van hun diploma, en het in orde krijgen van de werk- en verblijfsvergunning. Werkgevers die trajecten van actieve arbeidsmigratie lopen, moeten veel investeren in de voorbereiding en de begeleiding van de arbeidsmigranten op de werkvloer. We mogen ook de ethische vragen bij arbeidsmigratie niet uit de weg gaan. Zorgverleners die hun thuisland verlaten om hier te komen werken hebben vaak vooral als doel om hier een beter leven op te bouwen en hun familie over te brengen. Het kan ook niet de bedoeling zijn om zorgverleners uit landen weg te halen die eveneens met een tekort kampen. Kortom: arbeidsmigratie biedt zeker geen oplossing voor het niveau van schaarste waar we nu en in de toekomst in de zorg mee te maken hebben. We vragen aan de overheid wel om een coördinerende rol te spelen in de selectie van landen die voor arbeidsmigratie in aanmerking komen, de administratieve procedures te verkorten en te versoepelen, en hun inburgering te ondersteunen. De overheid moet erover waken dat actieve arbeidsmigratie gebeurt binnen een goed omschreven ethisch kader, wars van commercialisering.

- Blijf inzetten op de instroom in de zorgberoepen.
- Zorg voor meer flexibiliteit bij de inzet van beroepsprofielen op de werkvloer. Huldig daarbij het principe “bekwaam is bevoegd”.
- Verloon de onregelmatige prestaties beter.
- Tolerereer geen agressie tegen zorgverleners.
- Leg interim- en projectsourcing in de zorg aan banden.

Meer afgestemde zorg

De covidcrisis heeft bewezen dat de verschillende zorgaanbieders kunnen samenwerken en in staat zijn om hun koudwatervrees te overwinnen. Ze zetten hiervoor spontaan veel regeltjes opzij. We vragen dat de overheid dit faciliteert en niet nodeloos ingewikkeld maakt. Samenwerking in zorg en welzijn is een essentiële voorwaarde voor kwaliteit en continuïteit van zorg en komt de ondersteuning van kwetsbare mensen ten goede. Het zal in de toekomst ook broodnodig zijn om onze schaarse zorgverleners zo efficiënt mogelijk te laten werken. Deze crisis kunnen we alleen maar aanpakken als verschillende sectoren samen bekijken hoe we de zorg efficiënter en gestroomlijnder kunnen aanbieden.

We vragen meer **vertrouwen** in de competenties en verantwoordelijkheid van actoren op het terrein om adequate en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te leveren. Kies voor een omkaderend en voorwaardenscheppend veeleer dan een sturend en controlerend beleid. Het beleid moet ruimte laten voor een zekere autonomie, weliswaar met de garantie dat de rechten van de zorgvrager worden gevrijwaard. We vragen een **administratieve vereenvoudiging** die de sector zal toelaten om meer mensen en middelen in te zetten met focus op de basisopdracht van de zorg: de gezondheid en het welzijn van onze bevolking dienen.



De **spoedeisende hulp** loopt op vandaag niet goed. Er zijn verschillende toegangspoorten voor "dringende" zorgvragen: je kan bij je huisarts terecht, bij een huisartsenwachtpost ('s avonds, 's nachts en in het weekend), of op een spoeddienst in het ziekenhuis (24/24 en 7/7). Onder meer door het tekort aan huisartsen krijgen de spoeddiensten in de ziekenhuizen tot een kwart meer aanmeldingen. In combinatie met het personeelstekort lopen de wachttijden op, wat dan weer de agressie tegen hulpverleners doet toenemen. Patiënten zelf weten vaak niet tot wie ze zich moeten wenden met hun vraag. Sommige huisartsenwachtposten zijn gelegen vlakbij een ziekenhuis, maar – op een uitzondering na – werken de wachtposten niet geïntegreerd samen met de spoed. Dat alles leidt tot een inefficiënte inzet van huisartsen, spoedartsen, verpleegkundigen, ambulanciers enz. en veel frustratie bij patiënten en zorgverleners. Zorgnet-Icuro pleit voor een fysieke integratie van spoedgevallen-diensten en huisartsenwachtposten met een eenvormige triage. We vragen een duurzame wettelijke verankering. Daarbij is een sensibiliseringscampagne voor de brede bevolking nodig over waar ze met welke zorgvragen terecht kunnen.



Onze ouderen **afgestemde zorg** geven wordt in de komende decennia dé uitdaging. Momenteel zien we dat ouderen op heel hoge leeftijd in de laatste levensfase vaak meerdere keren getransfereerd worden tussen woonzorgcentrum en de geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. We willen de woonzorgcentra, de thuiszorg, de eerste lijn, de geestelijke gezondheidszorg en de ziekenhuizen dicht bij elkaar brengen. Bijvoorbeeld door expertise vanuit de ziekenhuizen in te zetten in de woonzorgcentra, door ervoor te zorgen dat in elk woonzorgcentrum een eerstelijnspsycholoog tegen terugbetaling aan de slag gaat, door de ziekenhuizen, de huisartsen en apothekers veel nauwer (zelfs fysiek) te laten samenwerken, door outreachend te werken vanuit de ziekenhuizen naar de thuissituatie en met de thuisverpleegkunde, enz.





De woonzorgcentra zijn één schakel in de zorg voor ouderen. Hoe zien we hun rol in de toekomst? Over hun plaats en opdracht in het geheel moeten we grondig reflecteren en nadenken op de lange termijn. Naast het bieden van 24 op 24 uur intensieve (basis)zorg, is het noodzakelijk dat elk woonzorgcentrum in de toekomst als evenwaardige partner binnen een eerstelijnszone meewerkt aan de uitbouw van een performant en **kwaliteitsvol netwerk aan woon- en zorgvormen**. Op die manier kunnen mensen zo lang mogelijk thuisblijven, of wonen in een lichtere ondersteuningsvorm. Ook de thuisverpleging en -verzorging dient efficiënter georganiseerd te worden. Er is een overaanbod van zorgaanbieders die ongeorganiseerd de zorg thuis aanbieden en er zit te veel overlap tussen het aanbod van de subsectoren.

- Geef de zorgaanbieders meer autonomie om samen te werken.
- Reorganiseer de spoedeisende hulp.
- Creëer een kader waarin ziekenhuizen en woonzorgcentra beter kunnen samenwerken.
- Reflecteer over de opdracht van woonzorgcentra en bekijk hoe de thuiszorg efficiënter kan georganiseerd worden.

Waardegedreven financiering & volwaardige Vlaamse sociale zekerheid



Internationale vergelijkende studies tonen aan dat een solidaire financiering de beste manier is om een brede, niet discriminerende toegang tot zorg te vrijwaren. Er is ruimte tot verbetering in de manier waarop we de publieke middelen voor zorg en welzijn in ons land besteden. De huidige financierings- en vergoedingssystemen bevorderen de samenwerking tussen zorgverstrekkers onvoldoende en bevatten te weinig stimulansen voor preventie, efficiëntie en resultaatgedrevenheid van zorgtrajecten. Het systeem stimuleert in sommige omstandigheden ook minder optimale vormen van zorg en behandelingen omdat die worden terugbetaald en andere niet. Het financieringsmodel van artsen, zorgvoorzieningen en -medewerkers zou meer forfaitair moeten worden en minder prestatiegericht. Het bevat best ook elementen van kwaliteits-, traject- en populatiefinanciering.

Op basis van bestaande modellen in het buitenland en academische studies willen we duidelijkheid brengen in wat de reële bijdrage van verschillende financieringsmodellen of een combinatie daarvan kan zijn voor het stimuleren van de kwaliteit en kostenefficiëntie van zorg. Voorbeelden zijn preventiegerichte activiteiten, doorverwijzing tussen artsen of instellingen, expertisebundeling in het landschap, innovatie, maar ook multidisciplinaire samenwerking afgestemd op de specifieke zorgnood van de zorgvrager, globaal medisch beleid... In plaats van te vertrekken van de bestaande systemen en die te hervormen, pleiten we ervoor om te vertrekken van een 'wit blad'. Eens het financieel beleid is uitgezet, kunnen we overgaan tot een stapsgewijze implementatie van nieuwe deelsystemen.

We pleiten voor een financieringssysteem waarvan de inkomsten grotendeels gefinancierd worden uit **solidariteit**. Solidariteit tussen de burgers, tussen de bedrijven en tussen de gewesten. Met duidelijke en transparante criteria om de middelen te verdelen en te oormerken in de begroting van het ontvangende gewest. Zo creëren we hiervoor draagvlak in de samenleving. We stellen voor om te voorzien in een groeinorm van het budget aangepast aan de bevolkingsaantallen en de zorgnood en -zwaarte in de bevolking van elk gewest. Concreet vragen we om bovenop de inflatie minstens een groeinorm van 2,5% te voorzien. Hierbij moeten we rekening houden met de kosten van de vergrijzing, de langdurige zorgnoden, en noodzakelijke investeringen in kwaliteit en innovatie. De gewesten kunnen hierbij (financieel) geresponsabiliseerd worden voor het behalen van doelstellingen. Met de uitdagingen van een verouderende bevolking spreekt het voor zich dat er geen sprake kan zijn van (lineaire) besparingen in het geheel van de gezondheidszorg. Budgetten kunnen zeker efficiënter ingezet worden, maar wat we winnen zullen we hard nodig hebben om opnieuw te investeren.



De overheid moet dringend werk maken van andere modellen van **infrastructuurfinanciering**. De bouwkosten (zowel voor nieuwbouw als renovatie) zijn dermate geëxplodeerd én de normen en regels zo streng geworden, dat bouwprojecten nauwelijks nog haalbaar zijn voor sociale ondernemers die worstelen met hun begrotingen.



Vlaanderen voegde, met de Vlaamse sociale bescherming, een laag toe aan de sociale zekerheid. Zorgnet-Icuro verwacht dat de Vlaamse overheid ervoor zorgt dat alle mensen die langdurige zorg nodig hebben hier toegang toe hebben. Dat betekent dat ze een beleid dient te voeren dat een houdbare financiering van de langdurige zorg mogelijk maakt. Hiervoor moet de **Vlaamse sociale bescherming evolueren naar een sociale verzekering**, waarbinnen de financiering voor de langdurige zorg op basis van een solidariteitsmechanisme (sociale correcties) complementair aan de ziekteverzekering op federaal niveau wordt gewaarborgd. We vragen ook een inkomens- en vermogensgerelateerde bijdrage hiervoor.



- Voorzie een groeinorm van minstens 2,5%.
- Evolveer naar een meer forfaitair en minder prestatiegebonden financiering.
- Beloon via de financiering samenwerking tussen zorgactoren.
- Werk andere modellen uit van infrastructuurfinanciering, aangepast aan de reële kosten.
- Evolveer naar een volwaardige Vlaamse sociale zekerheid.

Kwaliteit



Kwaliteit van zorg is een ruim begrip en omvat verschillende dimensies, zoals ook verwoord in het nieuwe Vlaamse kwaliteitsdecreet (2023). Het is de taak van de overheid om, in samenspraak met de sector, de **minimale normen** waaraan zorgvoorzieningen moeten voldoen in **afdwingbare kwaliteitskaders** vast te leggen. Via nalevingstoezicht en handhaving moeten die minimale eisen vervolgens geborgd worden.

Vooraleer de Vlaamse overheid deze kaders vastlegt, vraagt Zorgnet-Icuro aan de Vlaamse overheid om in het belanghebbendenoverleg die kaders, thema's en concrete uitwerking samen en in consensus te bepalen. Deze **cocreatie** verwachten we ook in andere initiatieven die kwaliteit via indicatoren in beeld brengen. Indicatoren komen tot stand in overleg en consensus met de sector en dienen om meetbare elementen van kwaliteit transparant en openbaar te maken voor een breder publiek.

Zorgnet-Icuro vraagt aan de overheid om hierbij af te zien van een overregulering en -controlering en plaats te maken voor **vertrouwen en dialoog**, maar ook voor heldere procedures rond aanmaning, verhoogd toezicht, schorsing of intrekking van de erkenning. Voor de langdurige zorg zijn wij voorstander van de toepassing van een reflexief/narratief zorginspectiemodel. Van de voorzieningen verwachten we **maximale transparantie** over de kwaliteit van wonen, leven en de zorg.



[Lees hier de publicatie “Anders kijken, meer zien”. Elf leidende principes voor een nieuw model voor toezicht en handhaving in de zorg'](#)

<- Of scan de QR-code

- Leg de minimale normen voor de zorgvoorzieningen vast in afdwingbare kwaliteitskaders.
- Leg de kaders, thema's en concrete uitwerking vast in cocreatie met de sector.
- Zie af van overregulering en maak plaats voor vertrouwen en dialoog.

Digitalisering



Geïntegreerde zorg- en ondersteuning gaat gepaard met een goede communicatie tussen de zorgvrager, zijn mantelzorgers en de verschillende zorgverleners. Een gedeeld **digitaal dossier**, waar de burger mee aan het stuur zit, is een essentiële voorwaarde om samenwerking te doen slagen. Elke subsector heeft eigen systemen die voor hun specifieke processen geoptimaliseerd zijn. Dat is goed, maar het gevolg is wel dat die systemen niet makkelijk met elkaar “praten”. Gegevens worden anders gecodeerd, er zijn verschillende communicatiekanalen of er zijn onvoldoende communicatiestandaarden. Daardoor is er nog veel werk aan de winkel om de verschillende systemen op elkaar af te stemmen zodat er nog meer data tussen zorgverleners kunnen worden gedeeld.

Zorgnet-Icuro pleit voor een betere kwaliteit van de gegevens waarmee systemen zoals Vitalink gevoed worden en voor een betere toegang door sommige zorgactoren. Het **correct delen van kwalitatieve gegevens** moet een basisverwachting zijn voor elke zorgactor. We kijken in dat verband ook richting de European Health Data Space en het Health Data Agency om te werken aan een verdere standaardisering.

De overheid zal moeten blijven investeren in ICT in de zorgvoorzieningen. Dat vergt een continue actualisering van de opleiding en begeleiding bij de verdere digitalisering in de sector maar ook bijkomende investeringen in informatieveiligheid en privacy.

- Stem de verschillende systemen van digitale dossiers beter op elkaar af.
- Begeleid de sector in een verdere digitalisering.

Managen van het verwachtingspatroon

Ons systeem zet weinig remmen op de zorgconsumptie. Veel zorg kunnen vragen en ook krijgen, is inherent verweven met ons systeem. We zijn als burgers gewend aan de verzorgingsstaat en vinden zorgzekerheid een evidentie. Belgen hebben ook een schier onbeperkte vrije keuze. We kiezen onze zorgverleners, de zorgorganisatie, het ziekenfonds... We kunnen rechtstreeks naar de specialist en kunnen onbeperkt langsgaan bij zelfstandige zorgverstrekkers voor een tweede, derde (terugbetaalde) opinie en/of onderzoek. We eisen ook dat de zorg kwaliteitsvol, betaalbaar en toegankelijk is.

Het is voor velen van ons nog een evidentie dat het aanbod van professionele zorg de behoefte zal kunnen blijven volgen. Het demografische verhaal van hierboven is nauwelijks of niet tot de geesten doorgedrongen. De mismatch tussen vraag en aanbod in de toekomst zal met andere woorden stevig botsen met de huidige maatschappelijke verwachtingen. Noodgedwongen zal er meer zorg terechtkomen op de schouders van de zorgvragers zelf, hun netwerk en van andere niet-professionele zorgverleners. Daarom is het belangrijk dat we de toekomstige ouderen bewust maken van het belang van een goede voorbereiding van hun oude dag, en samen met hen nadenken hoe hun zorg er later kan uitzien.





Zorgen voor elkaar is belangrijk. De overheid kan daarbij helpen door mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen. Zorg en ondersteuning zullen we in de toekomst allemaal meer als een maatschappelijke verantwoordelijkheid moeten gaan zien en minder als een uitdaging voor de zorg alleen. Om de professionele zorg te ontlasten zullen we als gemeenschap een bredere zorgrol moeten nemen. Sensibilisering en campagnes moeten helpen om een systeemshift te maken waarbij informele en buurtgerichte zorg een grotere rol spelen. Het betekent dat iedereen in dit land zich bewust moet worden van de schaarste aan middelen en mensen, en de hiermee verbonden gevaren voor de toegankelijkheid en solidariteit in de zorg. We moeten hierover op alle niveaus – lokaal, nationaal, in organisaties en onder elkaar – het gesprek aangaan. Daarmee kan er een draagvlak komen voor het maken van keuzes om de zorg houdbaar te houden.

- Voer sensibiliseringscampagnes rond zorgconsumptie en de nood elkaar te helpen in buurten en communities.
- Laat ouderen nadenken over later en maak ze erop attent zich daarop voor te bereiden.

Ethisch debat



Zullen we alle zorgvragen in de toekomst nog professioneel kunnen beantwoorden? Het antwoord is neen. We zullen meer afwegingen moeten maken of we alles wat medisch mogelijk is, ook zullen doen, en solidair financieren. Moeten we elke levensverlengende behandeling of ingreep ook effectief aan de patiënt voorstellen? Het is een lastig ethisch debat, maar wel een dat we onvermijdelijk zullen moeten gaan voeren. Omdat personeel en middelen in de zorg schaarser worden, zullen we niet anders kunnen dan afwegen of een bepaalde behandeling in verhouding staat tot de meerwaarde die ze biedt voor de patiënt. Het zit ingebakken in ons zorgsysteem en de opleidingen van onze zorgverstrekkers om tot het uiterste te gaan. De omgeving van de patiënten verwachten dat ook. Dat is niet noodzakelijk ook zo voor de patiënt zelf. We moeten de omslag durven maken om te denken in levensdoelen, niet uitsluitend in levensverlenging tot elke prijs. Wat is voor jou levenskwaliteit? Wat is voor mij de moeite? Wanneer hoeft het voor mij niet meer?



Er is al veel vooruitgang op dat vlak, maar het is voor velen toch vaak nog een onaangeroerd onderwerp in de gesprekken met hun naasten. Als samenleving zullen we dat ethisch debat (noodgedwongen) moeten voeren.

- Voer een fundamenteel debat over keuzes in de zorg.

Bevoegdheidsverdeling en besluitvorming

De voorbije jaren stelden we vast dat de huidige versnipperde bevoegdheidsverdeling inefficiëntie in de hand werkt. Dat werd tijdens de covidcrisis pijnlijk duidelijk. We hebben nood aan een slagkrachtig beleid dat vertrekt van gezondheidsdoelstellingen en zich focust op een geïntegreerde aanpak van preventie, gezondheid en welzijn. In de ideale wereld zitten alle bevoegdheden voor zorg en welzijn op één beleidsniveau, dat in een goed functionerend overlegmodel een homogeen en coherent beleid kan voeren. In afwachting daarvan roepen we de federale en Vlaamse overheid op om in te zetten op een sterke en doorgedreven samenwerking. We toonden hierboven al ten overvloede het principe aan van de communicerende vaten in de zorg. Die subsectoren in de zorg bevinden zich op verschillende beleidsniveaus. Efficiënte vormen van samenwerking en radicale hervormingen kunnen alleen maar als we er ook in slagen uit te stijgen boven de strikte verkaveling van bevoegdheden. We verwijzen hier als voorbeeld naar de broodnodige hertekening van de zorg voor de geriatrische patiënt. Die zal alleen maar mogelijk zijn als het Vlaamse en federale beleidsniveau hiervoor samen een kader uittekenen. Ook de rol van het lokale niveau zal hierbij moeten bekeken worden.



We vragen aan de Vlaamse overheid om verder zorg te dragen voor de Nederlandstalige zorgvoorzieningen, waaronder de woonzorgcentra in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Daarvoor worden alle bewoners van deze Vlaamse voorzieningen die onder de Vlaamse sociale bescherming vallen (woonzorgcentra, PVT, ...) verder administratief aangesloten bij de Vlaamse zorgkas en worden al die bewoners die reeds vrijwillig aansloten bij de VSB ook volwaardig ondersteund, net zoals andere aangeslotenen bij de VSB. Voor het einde van het jaar 2024 moet hierover een samenwerkingsakkoord afgesloten worden.



- Zet in op een krachtige en doorgedreven samenwerking voor zorg en welzijn tussen de federale overheid en de gewesten en gemeenschappen.
- Vlaamse overheid, ondersteun de Nederlandstalige zorgvoorzieningen in Brussel.
- Werk vanuit zorg- en welzijnsdoelstellingen.

Speerpunten geestelijke gezondheidszorg

Deze legislatuur werden er, vooral na de coronacrisis, substantiële bijkomende middelen uitgetrokken voor de geestelijke gezondheid. Die inspanningen moeten zeker nog een aantal jaren volgehouden worden. Investerings in mentale gezondheid zijn geen loutere (zorg)kosten, maar een maatschappelijke investering op lange termijn. Iemand die mentaal gezond(er) is, blijft zijn rol als partner, ouder, buur, vriend, mantelzorger, werknemer, belastingbetaler... opnemen. Bovendien kost hij minder aan uitkeringen. Als we erin slagen sneller in het ziekteproces in te grijpen, winnen we heel veel gezonde levensjaren.

Psychische kwetsbaarheid en psychische stoornissen hebben niet alleen impact op het mentaal welzijn, maar uit zich in diverse levensdomeinen: lichamelijke gezondheid, dagelijks functioneren, sociale rollen, tewerkstelling, relaties, zingeving. Zorg voor mentale gezondheid vraagt een integrale en geïntegreerde aanpak. Zorgnet-Icuro is vragende partij voor een gecoördineerd beleid voor geestelijke gezondheid, niet enkel tussen de federale en Vlaamse overheden maar evengoed binnen de Vlaamse bevoegdheden.

Medewerkersbeleid in de ggz

In de ggz is vermaatschappelijking het ordewoord. Het is de bedoeling om zorgvragers zoveel mogelijk in hun oorspronkelijke context zorg te bieden en de ggz-expertise daar naartoe te brengen. Zorgnet-Icuro vraagt aan de overheden om proeftuinen te lanceren waar ggz-medewerkers de mogelijkheid krijgen **hun expertise in andere zorgsettings in te zetten**, al dan niet in de vorm van wissellere. Bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum, een voorziening voor personen met een beperking of een jeugdvoorziening. Omgekeerd is de inbreng van andere expertise in ggz-voorzieningen een meerwaarde, bijvoorbeeld voor somatische zorg, geriatrisch, pedagogisch, arbeidstoeleiding...

Sommige ggz-zorgaanbieders vallen onder federale bevoegdheid, andere zijn met de zesde staatshervorming overgedragen naar Vlaanderen, nog andere zijn van oudsher Vlaams. Dat resulteert in personeelsgroepen die onder verschillende paritaire comités vallen, ondanks een vergelijkbare jobinhoud. Die verschillen staan in schril contrast met de realiteit op het werkveld, waar de zorgaanbieders uit diverse subsectoren samenwerken in netwerken. Bijvoorbeeld een psychiatrisch verpleegkundige die werkt in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis. Zorgnet-Icuro vraagt om de arbeids- en loonsvoorwaarden in de paritaire comités 330 en 331 gelijk te schakelen en identiek te houden.





Onder impuls van Europese regelgeving werd de opleiding verpleegkunde hervormd naar een algemene verpleegkundige. Hierdoor studeren verpleegkundigen af met een beperkte kennis van psychiatrische aandoeningen en hun aanpak. We roepen de onderwijsinstellingen op om alle studenten te laten kennismaken met het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg en om voldoende in te zetten in navormingstrajecten waarin verpleegkundigen bijkomende expertise kunnen opbouwen inzake geestelijke gezondheid.

- Stimuleer experimenten via proeftuinen met inter- en transdisciplinaire inzet van zorgmedewerkers over voorzieningen en diensten heen.
- Zorg voor gelijke loons- en arbeidsvoorwaarden voor de medewerkers in de federale en Vlaamse sectoren.
- Laat studenten verpleegkunde voldoende kennismaken met ggz en zet in op trajecten voor het verwerven van ggz-expertise in de opleidingen.



[Lees hier de publicatie 'Personeelsschaarste in de zorg'](#)

<- Of scan de QR-code

Zorgbeleid in de ggz



Zorgnet-Icuro gaf via een interuniversitaire leerstoel de aanzet tot de uitbouw van een public mental health monitor. Die verzamelt systematisch wetenschappelijk gevalideerde data over psychische stoornissen en het zorggebruik bij de bredere bevolking. De netwerken geestelijke gezondheid willen aan de slag gaan met de behandeldata. Welke personen melden zich waar aan met welke zorgvragen? Op die manier kunnen ze effectief aan populatiemanagement doen en gerichte keuzes maken om de beschikbare zorgcapaciteit optimaler af te stemmen op de zorgnoden. De netwerkpartners zijn vragende partij voor een verdere uitbouw van deze monitor als **basisinstrument** voor een populatiegerichte geestelijke gezondheidszorg in de toekomst. Ze vragen ondersteuning om deze data zo goed mogelijk te kunnen gebruiken in het belang van iedereen binnen het werkingsgebied. Dat sluit supraregionaal georganiseerde specialistische zorg voor bijzondere doelgroepen, bijvoorbeeld forensische zorg, niet uit.



[Lees hier de publicatie 'De mythes bevraged. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023'](#)

<- Of scan de QR-code

Erkennings- en financieringsregels bepalen dat de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid opgedeeld wordt in zorgtrajecten die elkaar in de tijd kunnen opvolgen, maar niet gelijktijdig kunnen plaatsvinden. De vele **cumulregels** bepalen dat een ander type zorg pas kan starten als een vorig type zorg is afgesloten. Dat zorgt voor onderbrekingen in de zorg. Zorgnet-Icuro vraagt naar een kritische evaluatie van alle cumulregels en pleit voor systematische warme overdrachten, vlotte op- en afschaling van ambulante, (semi-)residentiële en residentiële zorg, en gelijktijdige zorg vanuit diverse types zorg- en dienstverleners. We denken bijvoorbeeld aan een behandeling in combinatie met toeleiding naar werk of gepaste huisvesting. Een flexibeler opdrachtenpakket bij eenzelfde actor kan ook helpen om het aantal overgangsmomenten te beperken.



De verschillende overheden in dit land stellen samen een gemeenschappelijk interfederaal plan geïntegreerde zorg op. Psychische stoornissen hebben een weerslag op verschillende levensdomeinen. Circa 1,7% van de Belgen kampt met een ernstige en langdurige psychische aandoening. Een gecoördineerde aanpak over vele bevoegdheidsdomeinen heen is dringend nodig. Zorgnet-Icuro pleit voor een **interfederaal actieplan ggz** voor deze doelgroep, als onderdeel van het bredere interfederaal plan geïntegreerde zorg. Daarnaast is deze geïntegreerde aanpak evenzeer gewenst wanneer het gaat over de doelgroepen kinderen en jongeren, ouderen en personen met een forensisch statuut.



- Investeer in een public mental health monitor die de netwerkpartners toelaat om zelf op populatiemanagement gebaseerde doestellingen te formuleren en te monitoren.
- Houd de cumulregels kritisch tegen het licht en bevorder zo een geïntegreerde aanpak van ggz-problemen. Kies hiermee voor “gelijktijdige zorg” in plaats van voor “opeenvolgende zorg”.
- Maak een interfederaal actieplan “geïntegreerde zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische problematiek”.

Financiering van de ggz



Het huidige financieringssysteem van de meeste ggz-voorzieningen is gebaseerd op prestaties. Zorgnet-Icuro pleit voor een programma-georiënteerde financiering die warme overdrachten, overleg met andere actoren die eveneens zorg opnemen voor dezelfde zorgvrager, en snelle (her)opstart/afbouw van zorg mogelijk maakt. Een zorgvrager moet te allen tijde vlot kunnen terugvallen op hulpverleners die hem vertrouwd zijn, ook al heeft hij op dat moment minder of meer intensieve zorg nodig.



Heel wat mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid hebben problemen om huisvesting te vinden of zijn zelfs dakloos. Hun precaire woonsituatie werkt bovendien negatief in op hun psychische kwetsbaarheid. Andere mensen hebben behandeling of begeleiding gevonden in een gespecialiseerde ggz-voorziening die niet volledig aansluit op hun noden: een psychiatrisch ziekenhuis biedt 24/24u medische zorg, een psychiatrisch verzorgingstehuis biedt 24/24u niet-medische begeleiding en zorg, een initiatief beschut wonen biedt begeleiding en desgevallend huisvesting, en een mobiel team enkel behandeling of begeleiding. Een deel van die mensen, maar ook mensen die op vandaag niet in zorg geraken, hebben baat bij **tussenvormen van zorg**. Bijvoorbeeld een gestructureerde leefomgeving zonder 24/24u medische zorg, tijdelijke 24/24u zorg of toezicht, huisvesting en begeleiding met gedeeltelijke IADL-ondersteuning, tijdelijke opvang met of zonder begeleiding om mantelzorgers de kans te geven op adem te komen.



De overheden kiezen dikwijls voor de methodiek van pilootprojecten om op beperkte schaal ervaring op te doen met nieuwe zorgvormen of -inhouden. Op zich is daar niets mis mee, op voorwaarde dat men deze projecten grondig en tijdig evalueert. Men kan dan beslissen om de projecten stop te zetten als ze niet opleveren wat men ervan verwacht had, ofwel om de projecten aan te passen, of structureel uit te rollen wanneer ze hun meerwaarde bewezen hebben. Dat laatste gebeurt amper. In de ggz is er een lappendeken aan proefprojecten, samenwerkingsverbanden, tijdelijke initiatieven... Voor elk project is er tijdelijke bijkomende expertise vereist en moeten er jaarverslagen en andere verantwoordingsstukken worden opgemaakt. Zorgnet-Icuro vraagt een structureel **masterplan ggz** dat de erkenning, programmatie en duurzame financiering van de zorg voor deze doelgroep samenbrengt in een coherent en onderling versterkend geheel.

In 2017 werd een nieuw systeem ingevoerd voor de financiering van de **infrastructuur** van de algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen gebaseerd op een life cycle model van 40 jaar. De strategische forfaits hielden de afgelopen jaren echter onvoldoende rekening met de sterke stijging van de bouwkosten, de verhoogde intrestvoeten en de nieuwe wettelijke normen rond duurzaamheid, ventilatie, toegankelijkheid, PICS enz. De continu dalende evolutie van de vernieuwingsgraad van investeringen toont aan dat ziekenhuizen er amper in slagen om het bestaand patrimonium in stand te houden met vervangingsinvesteringen, laat staan dat er financiële marge is voor de bouw van nieuwe ziekenhuizen. De tussenkomst via het instandhoudingsforfait is ontoereikend, onder meer door de toegepaste correctiefactor van 33% en de lage intrestvergoeding. Voor een kwaliteitsvolle zorginfrastructuur in de toekomst is in de komende legislatuur een stevige budgettaire inhaalbeweging nodig.

- Kies voor een innovatief en geïntegreerd financieringssysteem dat de zorgcontinuïteit echt mogelijk maakt en stimuleert.
- Creëer meer flexibele combinaties tussen wonen en zorg.
- Maak een masterplan ggz op voor de erkenning, programmering en financiering. Beperk het aantal tijdelijke projecten.
- Voorzie extra budget voor nieuwbouw en onderhoud van de ziekenhuisinfrastructuur. Het budget moet rekening houden met de reële bouw- en financieringskosten en de normen en verplichtingen.

Kwaliteit

Naast de afdwingbare minimale normen, waarop de overheid toezicht uitoefent, mag de overheid van de ggz-zorgvoorzieningen verwachten dat ze een organisatiebreed kwaliteitsbeleid uitrollen dat een minimum aantal onderdelen bevat zoals een lerende organisatie, participatie, cliëntgerichte zorg, bejegening, betrekken van de context. Ze bepalen zelf de inhoud. Anders dan controlerend, verwachten we van de overheid dat ze zich hierin opstelt als een stakeholder die de voorzieningen stimuleert om een dergelijk beleid uit te werken.

Het in beeld brengen van het effect van ingezette middelen en inspanningen is eveneens een kwaliteitsdimensie. Dit vertaalt zich traditioneel in een grote focus op *outcome*. In de sector geestelijke gezondheidszorg is *outcome* meestal veel moeilijker te meten. We vragen ook voldoende aandacht voor het proces, voor de manier waarop organisaties afwegingen maken, reflecteren, leren en verbeteren.

- Stimuleer als overheid het organisatiebreed kwaliteitsbeleid in de ggz-voorzieningen.
- Heb voor de ggz niet alleen aandacht voor de meetbare *outcome* maar ook voor het proces.

Technologie, innovatie, digitalisering



GGZ-voorzieningen zitten vast in hun erkennings- en programmatieregels. Die bepalen welke actor hoeveel van wat mag doen. De regels zijn vaak meer dan 30 jaar oud en niet meer aangepast aan de huidige zorgnoden. Tegelijk beperken ze de marge waarin de ggz-voorzieningen hun aanbod kunnen afstemmen op het aanbod van andere zorg- en dienstverleners in de regio. De voorzieningen zijn vragende partij om samen met hun partners in de regio hun aanbod beter te kunnen aanpassen aan de actuele noden. Hiervoor is de uitbouw van nieuwe zorgvormen nodig, wat regelluwte vraagt. Het opzetten van pilootprojecten kan hiertoe bijdragen, maar is onvoldoende.

Er is vandaag weinig aandacht voor geestelijke gezondheid in e-health toepassingen. Nochtans hebben een aantal digitale tools al hun meerwaarde bewezen als vindplaats van informatie en ondersteuning van zelfhulp. Het kunnen ook plaatsen zijn waar er effectief aan behandeling kan worden gedaan. Bijvoorbeeld blended werken vanuit een geïntegreerde aanpak, een online aanbod via het internet... Zorgnet-Icuro vraagt dat die tools meer worden ingezet.

We vragen een financiering voor specifieke infrastructuurprojecten in de ggz die nieuwe vormen van behandeling mogelijk maken. We denken daarbij onder meer aan *healing environment*, crisiseenheden, maatregelen om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen. De initiatieven moeten aangepast zijn aan de verschillende doelgroepen: kinderen en jongeren, personen die langdurig verblijven, personen met forensisch statuut...

- Creëer ruimte voor innovatie en sociaal ondernemerschap via deregulering, bouw registratielast af. Nu zien we dikwijls net de omgekeerde beweging.
- Ondersteun kritisch doorgelichte en onderbouwde nieuwe technologische ontwikkelingen in de ggz.
- Voorzie financiering voor innovatieve infrastructuur die de behandeling ondersteunt en bijdraagt aan een sneller herstel.

Speerpunten woonzorg

De zorg voor ouderen raakt ons vroeg of laat allemaal. De demografische prognoses tonen een zeer sterke toename van het aantal ouderen in de komende decennia, met de bijhorende zorgvragen. Het is absoluut nodig om dit onder ogen te zien. Er is nood aan een visie op de ouder wordende samenleving. Niets doen, is ook een keuze. Met verregaande gevolgen: structurele onderzorg in alle zorgsettings: het ziekenhuis, thuis en residentieel, preciaire levenskwaliteit voor de meest kwetsbare ouderen, wachtlijsten, *ageism*, eenzaamheid, toename van het niet erkende, commerciële zorgcircuit...

De toekomst van de zorg is niet langer alleen een vraagstuk voor de zorgverleners en ziekteverzekering, maar een breder maatschappelijk, politiek én ethisch vraagstuk. Elke beleidsmaker op elk beleidsniveau zal de volgende jaren geconfronteerd worden met de gevolgen van een verouderende bevolking. In de komende legislatuur moeten we die transitie onder ogen zien, en beleid voeren opdat onze zorg houdbaar blijft. In het kader van de zorg voor ouderen moeten we radicaal vertrekken van gezond ouder worden, de bestrijding van de leeftijdsdiscriminatie, de uitbouw van geïntegreerde volwaardige langdurige zorg en de positieve aandacht voor de maatschappelijke betekenisvolheid van de ouderen en van zij die voor hen zorg dragen.

We moeten samen bouwen aan een duurzaam woon-, welzijns- en zorgmodel voor ouderen, zowel op vlak van zorgorganisatie, als op vlak van financieringssysteem.

Medewerkersbeleid woonzorg



De huidige **personeelsnormen** voor de woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en centra voor dagverzorging zijn kwantitatief en kwalitatief compleet verouderd en ondermaats. Momenteel is 85% van de bewoners in de woonzorgcentra zwaar zorgbehoevend. Daartegenover staat een personeelsnorm van 0,6 VTE per bewoner. Met een ziekteverzuim van om en bij de 10% is het met een dergelijke personeelsnorm quasi onmogelijk geworden om 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning te geven. De norm moet dringend omhoog, niet alleen voor basiszorgverleners. Door de complexere zorg is er ook nood aan gespecialiseerde omringende functies zoals masters in de verpleegkunde, psychologen, ergotherapeuten, paramedici, ICT'ers enz.



Zorgnet-Icuro vraagt om in de komende legislatuur te evolueren van een zorgratio **van 0,6 VTE per bewoner naar 0,9 VTE per bewoner**. Bovendien moet er voldoende **flexibiliteit** zijn om meer profielen te kunnen inzetten op de werkvloer. Verpleegkundige handelingen zouden dan ook moeten kunnen gedaan worden door niet-zorgberoepen, medewerkers moeten hun competenties kunnen uitbreiden. Diplomadenken moet plaats ruimen voor het basisprincipe "bekwaam is bevoegd". Directies vragen meer vertrouwen om in tijden van schaarste een wendbare arbeidsorganisatie te kunnen uitrollen en hun medewerkers kansen tot ontwikkeling te geven.

Medewerkers hebben te weinig tijd voor de essentiële zorgtaken. Het is absoluut nodig om de regeldruk en de registraties te verminderen zodat de werkdruk kan verlagen en het werkplezier kan verhogen. Door de personeelskrapte is de woonzorgsector voor de rekrutering terechtgekomen in een concurrentiestrijd met andere zorgsectoren zoals de ziekenhuizen en de thuiszorg. We rekenen op wervende initiatieven in het onderwijs en in het Vlaams tewerkstellingsbeleid zodat werken met ouderen in het algemeen en in woonzorgcentra in het bijzonder aantrekkelijk wordt gemaakt en in een positiever daglicht komt.



Ouderen met een zorg- en ondersteuningsnood worden vooral én veel belangeloos geholpen door familie, vrienden of buren, vrijwilligers. Naast de aandacht voor een kwalitatief medewerkersbeleid verwachten we van de overheid een creatief ondersteunend beleid voor mantelzorgers, vrijwilligers en buurtzorg.



- Trek de personeelsnorm voor de residentiële woonzorg op naar 0,9 VTE per bewoner.
- Zorg voor voldoende flexibiliteit bij de inzet van medewerkers op de werkvloer.
- Respecteer het principe "bekwaam is bevoegd".
- Verminder de registratielast voor de medewerkers.
- Voer een ondersteunend beleid voor mantelzorgers, vrijwilligers en buurtzorg.

[Lees hier de publicatie 'Personeelsschaarste in de zorg'](#)

Of scan de QR-code ->



Zorgbeleid woonzorg: een volwaardig en divers aanbod

Nu zijn er ca. 220.000 85-plussers; over ruim 15 jaar zijn dat er bijna 350.000. De Vlaamse overheid moet dringend werk maken van een gecoördineerde, **geïntegreerde capaciteitsplanning** voor het zorgaanbod voor de ouder wordende bevolking: thuiszorg, woonzorg, ziekenhuiszorg. Zorgnet-Icuro pleit voor een geïntegreerd, duurzaam woon-leef-zorgmodel, leeftijdsonafhankelijk en op basis van de zorg- en ondersteuningsnoden.



In afwachting van die globale planning moet de **programmatie** voor woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf opnieuw opgestart worden. Die staat nu al sinds een aantal jaren "on hold". Daardoor kunnen zorgaanbieders geen plannen maken voor na 2025 en dreigen we in een verhaal van onvoldoende capaciteit en groeiende wachtlijsten terecht te komen. We vragen een stapsgewijze uitbreiding met 7000 woongelegenheden in woonzorgcentra (van de huidige 85.000 naar 92.000) tegen 2030. Dit betekent de uitvoering van een nieuwe erkennings- en omzettingskalender.

Door het groeiend aantal mensen op hoge leeftijd verwachten we een sterke stijging van de vraag naar een verblijf in een woonzorgcentrum. Een toename van 7000 woongelegenheden zal onvoldoende zijn om die vraag op te vangen. Zorgnet-Icuro meent dat de beschikbare woongelegenheden in de woonzorgcentra moeten bestemd zijn voor personen met **zware en complexe zorgnoden**, prioritair voor oudere personen, maar niet exclusief. Ook jongere personen met een beperking of met een gestabiliseerde psychiatrische aandoening moeten er terecht kunnen. Dit veronderstelt ook een **actualisatie van de opdrachten van een woonzorgcentrum** aan de hand van een uniform indicatie-instrument. Het oriënterend kortverblijf is een belangrijke schakel om mensen toe te leiden naar de meest passende woonzorgvorm. Het betekent dat in de loop van de komende jaren bewoners met een "lichter" zorgprofiel – momenteel ongeveer 15% – niet meer in een woonzorgcentrum zullen kunnen verblijven.



[Lees hier de publicatie 'Zorg voor de zilveren generatie: toekomst oefening woonzorg voor ouderen'](#)

<- Of scan de QR-code

We vragen ook meer **flexibiliteit** in de manier waarop zorgaanbieders hun erkenningen kunnen inzetten in woongelegenheden in het woonzorgcentrum, het centrum voor kortverblijf of in de groepen van assistentiewoningen. Bewoners van assistentiewoningen die na verloop van tijd meer zorgbehoevend worden, kunnen op die manier – zonder te hoeven verhuizen – bijkomende zorg en ondersteuning krijgen.

Naast meer woongelegenheden in woonzorgcentra moet er fors ingezet worden op allerlei andere vormen van ondersteuning voor ouderen: dagverzorging, oriënterend kortverblijf, herstellverblijf, assistentiewoningen, lokale dienstencentra, gezinszorg, thuisverpleging, ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers, buurtzorg. Zorgnet-Icuro vraagt de bevoegde overheden de diverse programmatienormen beter op elkaar af te stemmen en ook te realiseren. Het lokaal dienstencentrum gekoppeld aan een woonzorgcentrum speelt een belangrijke rol in de buurtzorg.

Directies vragen een regelluw kader om **nieuwe woon(zorg)-vormen** te kunnen ontwikkelen, ingebed in de buurt. Goede praktijken van nachtzorg (cf. ZP3-projecten) willen we duurzaam verankeren als een volwaardige woonzorgvorm, net als een aangepaste woonomgeving voor personen met jongdementie. Ook de hospicezorg, een kleinschalige woonzorgvorm verbonden aan een woonzorgcentrum, waar intensieve terminale zorg wordt verleend aan personen die toegeleid worden vanuit het ziekenhuis of de thuiszorg.

- Maak een gecoördineerde, geïntegreerde capaciteitsplanning voor het zorgaanbod voor de ouder wordende bevolking: thuis, woonzorg en ziekenhuis.
- Monitor structureel de specifieke noden van de ouder wordende bevolking en stem de programmatienormen hierop af.
- Hef de opschorting van de programmatie van de woonzorgcentra en centra voor kortverblijf op.
- Maak een erkenningskalender voor 7000 extra woongelegenheden in woonzorgcentra en reserveer die voor personen met complexe zorgnoden. Combineer dit met een nieuwe omzettingkalender.
- Zet in op allerlei andere vormen van (woon)zorgondersteuning voor ouderen. Creëer hiervoor een regelluw kader.

Financiering woonzorg: kostendekkend met garanties voor duurzaam sociaal ondernemerschap

Alle oudere personen die langdurige zorg nodig hebben, moeten die ook kunnen krijgen. De Vlaamse overheid moet hiervoor voldoende structurele financiering voorzien. Om die meeruitgaven te kunnen financieren met een groeiende oudere bevolking vraagt Zorgnet-Icuro om de **Vlaamse sociale bescherming** verder uit te bouwen tot een **volwaardige sociale verzekering** gebaseerd op solidariteit. De premies hiervoor moeten inkomens- en vermogensgerelateerd zijn in plaats van de huidige vlaktaks. De uitgaven dienen gekoppeld te zijn aan een jaarlijkse groeinorm. Deze sociale verzekering, die complementair is aan de federale ziekteverzekering, zal de financieringsbron zijn voor de langdurige zorg.



Woonzorgvoorzieningen zijn momenteel sterk **ondergefinancierd**. Zij ontvangen van de Vlaamse overheid structureel te weinig budget om de zorgkost van hun bewoners te dekken, waardoor ze een deel van de zorgkost moeten verhalen op de dagprijs. Hun financiële leefbaarheid staat zwaar onder druk, waardoor veel niet-openbare woonzorgcentra haast geen marge meer hebben voor investeringen (infrastructuur, digitalisering, innovatie). Bij de leden van Zorgnet-Icuro is de gemiddelde winst gedaald van 2,33% in 2021 naar 0,86% in 2022 naar -0,87% in 2023. Bijna 1 op 4 verwacht op korte termijn problemen met de kapitaalaflossing.



Wij vragen een adequate en correcte kostendekkende vergoeding van alle zorgkosten van de woonzorgvoorzieningen. Daarvoor moet de overheid een **financieel meerjarenplan** opmaken voor de financiering van de geactualiseerde en flexibele personeelsnormen, de toenemende zorgwaarde, de realisaties van de (bijgestuurde) programmaties van de (nieuwe) woonzorgvoorzieningen (thuis en residentieel), de palliatieve zorg, de buurtzorg, het vervoer van en naar het centrum voor dagverzorging, de digitalisering en innovatie.



De **zorgbudgetten** voor zwaar zorgbehoevende personen en ouderen met een zorgnood moeten automatisch gekoppeld worden aan de afgevlakte gezondheidsindex. We onderstrepen het belang van **financieel duurzaam sociaal ondernemerschap** in de woonzorg. Dat betekent dat wij voorstander zijn van een maximale financiële en bestuurlijke transparantie, een *level playing field* en een soepele dagprijsreglementering met sociale correcties. De winst of operationele overschotten/reserves herinvesteren we in onze sociale missie. Wij beschouwen de zorg voor ouderen als een basisvoorziening. Winstmaximalisatie of winstuitkering op zorg vinden we maatschappelijk onaanvaardbaar.





Er is dringend nood aan een nieuw concept voor de **financiering van de zorginfrastructuur** van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf. De onderliggende berekeningsbasis van het huidig infrastructuurforfait via VIPA moet volledig geactualiseerd en aangepast worden. Het dient mee te evolueren met de reële bouw- en financieringskost, en de strengere normen. Aan de federale overheid vragen we een *level playing field* voor het **btw-tarief**, met name 6% in plaats van 12%, net zoals in de sector voor personen met een handicap. Voor de renovatie van de verouderde infrastructuur naar een eigentijdse duurzame huisvesting dient VIPA een bouwprogramma op te zetten.

- Maak van de Vlaamse sociale bescherming een volwaardige sociale verzekering voor de langdurige zorg.
- Stop de structurele onderfinanciering én onderbestaffing van de woonzorgcentra. Zorg voor een volledige dekking van de effectieve zorgkosten. Maak hiervoor een financieel meerjarenplan.
- Creëer de voorwaarden voor een financieel duurzaam sociaal ondernemerschap.
- Werk een nieuw model uit voor de financiering van zorginfrastructuur, aangepast aan de actuele bouw- en financieringskosten en de huidige normen.
- Voorzie een bouwprogramma voor de renovatie van verouderde infrastructuur.

Kwaliteit woonzorg



Relatiegerichte en participerende zorg biedt in elke zorgsetting een meerwaarde voor de kwaliteit van leven. We vragen de Vlaamse overheid om initiatieven aan te moedigen en te ondersteunen die de woonzorgvoorzieningen helpen bij het optimaliseren van de arbeidsprocessen en de kwaliteit van de medische, verpleegkundige, paramedische, psychosociale en spirituele zorg.

Samen met het Vlaamse Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) willen we verder werk maken van zowel de meting van objectieve (via de Bel LTCF-registraties) als subjectieve **kwaliteitsindicatoren** (via tevredenheidsmetingen). Op basis daarvan kunnen we initiatieven ontwikkelen voor kwaliteitsverbetering en -borging.

We vragen om het **wetenschappelijk onderzoek** over geriatrische en gerontologische vraagstukken te intensifiëren, met bijzondere aandacht voor onderzoek naar de behandeling van dementie en andere psych(iatr)ische aandoeningen.

Het mandaat van de coördinerend en raadgevend arts (**CRA**) en de coördinerend en adviserende apotheker (**CAA**) moet worden versterkt. Efficiënte modellen van samenwerking tussen woonzorgcentra, platformen van CRA's, huisartsenkringen, GGZ, VAPH en de ziekenhuizen moeten worden gefaciliteerd. Tandartsen moeten aangemoedigd worden om een gepast mondzorgaanbod te realiseren in de WZC.

- Kwaliteit van zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid.
- Moedig initiatieven rond relatiegerichte en participerende zorg aan.
- Intensifieer het geriatrisch en gerontologisch praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek.
- Stimuleer en ondersteun modellen van samenwerking tussen woonzorgcentra en andere zorgaanbieders.
- Versterk de mandaten van de CRA en de CAA in de woonzorgcentra.
- Moedig tandartsen aan om mondzorg te realiseren in de woonzorgcentra.

Digitale transformatie woonzorg

Medewerkers moeten beschikken over een voldoende niveau van **digitale geletterdheid**. We vragen dat de overheid voorzieningen ondersteunt bij het ontwikkelen van een **efficiënte digitale registratie van kerngegevens**. De Vlaamse overheid moet op een continue wijze een terugkoppeling van kerngegevens aan de voorzieningen waarborgen. De digitale veiligheid dient hierbij gegarandeerd te zijn.

Overheid, woonzorgvoorzieningen én de ICT-bedrijven moeten zich toelagen op de betaalbare **digitalisering van de diverse zorg- en organisatieprocessen**. We verwachten dat Alivia, het digitaal zorg- en ondersteuningsplan voor de thuiszorg van de Vlaamse overheid, toegankelijk wordt gemaakt voor alle woonzorgvoorzieningen en dat daarbij de link wordt gemaakt naar de verschillende BelRAI-instrumenten en andere relevante (zorg)dossiers. Vanuit hetzelfde perspectief vragen we eveneens dat de woonzorgcentra toegang zouden krijgen tot de sumehr van de bewoner.

Wij verwachten dat de overheid de woonzorgvoorzieningen ondersteunt bij de realisatie van een transformatie naar woonzorg die een minimale impact heeft op klimaat, milieu en leefomgeving.

- Help de voorzieningen bij het opzetten van een efficiënte digitale registratie van kerngegevens.
- Zorg dat de kerngegevens die de overheid monitort, teruggekoppeld worden naar de voorzieningen.
- Ondersteun de digitalisering van de zorg- en organisatieprocessen.
- Ondersteun experimenten van hybride zorg- en dienstverlening vanuit het woonzorgcentrum naar de buurt.

Speerpunten algemene en revalidatie- ziekenhuizen

Primair uitgangspunt bij het vormgeven van de toekomst van de ziekenhuizen is de **quintuple aim**. Met het beschikbare budget willen we meer gezondheid voor de bevolking, meer "waarde" met de ingezette middelen, een betere ervaring van de kwaliteit van zorg, een lagere belasting van het zorgpersoneel en een reële toegankelijkheid van de zorg voor iedereen bereiken. In tijden van personeelsschaarste, beperkte budgetten en stijgende noden is dat geen sinecure. Toch is deze doelstelling ons voornaamste richtsnoer.

Het gezondheidszorglandschap is in volle evolutie; ook de ziekenhuizen. Meer dan de helft van de ziekenhuisactiviteit is verschoven naar het dagziekenhuis. Door de personeelsproblematiek moeten ziekenhuizen noodgedwongen afdelingen sluiten, thuishospitalisatie groeit uit de kinderschoenen, behandelingen worden geconcentreerd... Ziekenhuizen zullen meer en meer een "outreaching" en ondersteunende functie krijgen voor de eerste lijn en andere zorgaanbieders, met meer inzet op preventie. We moeten over de lijnen heen evolueren naar een zorgcontinuüm en zorgpaden. Samenwerking tussen ziekenhuizen en vanuit ziekenhuizen met alle zorgaanbieders zal meer en meer de norm worden. Verschillende beleidsmaatregelen moeten die samenwerking en het sociaal ondernemerschap stimuleren. Efficiëntie en kwaliteit primeren hierbij. Een regelluw kader, samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus en minder administratieve overlast zijn hierbij belangrijke hefboomen.

Medewerkersbeleid ziekenhuizen

Er is een flexibeler inzet nodig van medewerkers op de werkvloer. Dat vereist een aantal **aanpassingen aan de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen** (het zgn. KB78).



Het takenpakket van de hoofdartsen in de ziekenhuizen wordt in snel tempo uitgebreid. De huidige regelgeving omschrijft de rechtspositie van de **hoofdarts** maar kort en vaag. Het strookt niet met de huidige taken en bevoegdheden. De Vereniging van Vlaamse Hoofdartsen nam samen met Zorgnet-Icuro het initiatief om via een leerstoel te onderzoeken hoe de rechtspositie van de hoofdarts moet worden aangepast om de volledige organisatiestructuur van het ziekenhuis te verbeteren. Na het onderzoek – dat loopt tot 2025 – zullen we aanbevelingen formuleren. Wij vragen de overheid om met de ziekenhuizen en de hoofdartsen in overleg te gaan over die aanbevelingen en ze om te zetten in regelgeving.





Er moet tijdens de volgende legislatuur absoluut een structurele oplossing komen voor de **pensioenlast van de statutair benoemde medewerkers**.

Alle medewerkers in de zorg, of ze nu statutair benoemd zijn of niet, hebben recht op gelijk loon en gelijke voordelen voor gelijk werk. Zorgnet-Icuro vraagt de uitwerking van een contractueel eenheidsstatuut met een volwaardige tweede pensioenpijler voor alle personeelsleden in de private en openbare sector.

- Doe een aantal aanpassingen aan de wet op de uitoefening op de gezondheidsberoepen zodat medewerkers flexibeler kunnen worden ingezet.
- Zorg voor een aan de huidige taken en verantwoordelijkheden aangepast statuut voor de hoofdarts.
- Werk een contractueel eenheidsstatuut uit voor alle medewerkers. Zorg voor een structurele financiering van de pensioenen van de statutaire medewerkers.



[Lees hier de publicatie 'Personeelsschaarste in de zorg'](#)

<- Of scan de QR-code

Zorgbeleid ziekenhuizen: doorgedreven reorganisatie van aanbod



De zorgvraag van de patiënt moet primeren op het zorgaanbod. Dat betekent dat we moeten evolueren naar een datagestuurde **populatiegerichte aanpak**. We vragen de overheden om hun visie op en de finaliteit van de **ziekenhuisnetwerken** duidelijk aan te geven. Ziekenhuizen spelen ook een rol in het verminderen van de behoefte aan complexe medische interventies en werken samen met de eerste lijn aan een gezondere samenleving. We pleiten ervoor om de betrokkenheid van de ziekenhuizen in de eerstelijnszones te verhogen door een **actieve participatie in de zorggraden en de Vlaamse netwerken geestelijke gezondheid**, en niet enkel als optionele partner.



We pleiten voor het **actualiseren van de definitie 'ziekenhuis'**: van een beddenhuis wordt het een gespecialiseerd activiteitencentrum (dagziekenhuis, gespecialiseerde residentiële behandeling), met een breed aanbod van outreachende en ondersteunende diensten in de uitbouw van de geïntegreerde zorg. We vragen een goede verdeling van de zorgopdrachten. Het bij KB benoemen van de loco- en supraregionale zorgopdrachten was een eerste stap. In een volgende fase moet werk gemaakt worden van de **aanpassing van de ziekenhuiswet en de ziekenhuisnormering**, zodat het mogelijk wordt om te evolueren van aanbod- naar meer behoefte- en vraaggestuurde organisaties. We vragen een **herwerking van de erkenningsnormen** in functie van het centraliseren van bepaalde diensten, ook met het oog op betere kwaliteit, interdisciplinaire expertise en efficiëntie. Patiënten moeten de garantie hebben op een basisaanbod dichtbij. Die aanpassing moet ook meer gestructureerde samenwerking tussen ziekenhuizen faciliteren. De locatie van het aanbod is ondergeschikt aan de garanties van kwaliteit en veiligheid, toegankelijkheid en continuïteit. Als dit gegarandeerd is, moeten ziekenhuizen hun aanbod flexibel kunnen organiseren (op campus-, ziekenhuis- of netwerkniveau).

Ook de supraregionale zorg heeft nood aan samenwerking met omliggende netwerken. Zorghotels en herstelverblijven zullen in het nieuwe landschap een plaats moeten krijgen. Het concept "focused clinic" en "community hospital" moet verder uitgewerkt worden, waarbij de (juridische) barrières voor implementatie moeten worden geïdentificeerd en aangepast.

Er is nood aan een **nieuw model van niet-geplande zorg** voor somatische en mentale zorgnoden. Spoeddiensten en huisartsenwachtposten worden overspoeld door aanmeldingen van patiënten, die zich soms niet op het meest gepaste echelon aanbieden. Een doorgedreven samenwerking waarbij huisartsenwachtposten en ziekenhuizen één organisatorisch geheel vormen dringt zich op.

De enorme toename van het aantal ouderen zal ook de algemene ziekenhuizen voor grote uitdagingen stellen. Voor patiënten op heel hoge leeftijd moeten we ziekenhuisopnames zoveel mogelijk vermijden. Dat kan door de medische expertise in woonzorgcentra te ondersteunen vanuit de ziekenhuizen. Hiervoor is er nood aan een regelluw kader en een doorgedreven samenwerking tussen de federale en Vlaamse overheid.

Er is nood aan een stevig **wettelijk kader** met kwaliteits- en veiligheidsnormen voor de **privéklinieken**. Dat zijn praktijken die volledig los van het ziekenhuis functioneren en waar artsen-specialisten ingrepen doen voor één specifieke pathologie. De artsen uit deze privéklinieken nemen niet deel aan de ziekenhuisactiviteit en de wachtdiensten. De groei van het aantal en de activiteiten van privéklinieken houdt risico's in voor de patiënten en verstoort de werking en evenwichten in de ziekenhuizen. Bijvoorbeeld: de toename van specifieke zorgvragen in het ziekenhuis na gebrekkige ingrepen in een privékliniek, een braindrain naar privéklinieken door gunstiger werkregimes, minder specialisten in het ziekenhuis voor het draaien van wachtdiensten....

Patiënten met complexe pathologieën en financieel kwetsbare patiënten kunnen minder of niet in privéklinieken terecht. Zo dreigt een geneeskunde op twee snelheden, onvoldoende kwaliteits- en veiligheids garanties, geen garantie op naleving van de patiëntenrechten, geen garantie op (financiële) transparantie... We moeten ook waakzaam zijn dat de continuïteit van zorg niet in het gedrang komt. Mogelijke wetgevingsinitiatieven zijn:

- Een meld- en vergunningsplicht, gekoppeld aan erkenningsnormen en toezicht
- Het koppelen van de terugbetaling van prestaties aan een erkenning
- Het opleggen van een formele samenwerking met een ziekenhuis(netwerk)



Zorgnet-Icuro vraagt een **holistische benadering van het revalidatielandschap** waarin de rol van alle betrokken federale en Vlaamse actoren duidelijk gedefinieerd wordt. Het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) en het uitgewerkte standpunt van Zorgnet-Icuro kunnen hiervoor als basis dienen.

- Evolveer naar een populatiegerichte aanpak met een geactualiseerde rol van het ziekenhuis in het zorglandschap.
- Neem de barrières weg voor samenwerking met de eerste lijn en andere zorgaanbieders.
- Pas de ziekenhuiswet en de normering aan in functie van een goede verdeling van de zorgopdrachten, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit primeren op locatie.
- Realiseer een nieuw model van niet-geplande zorg.
- Laat de ziekenhuizen de woonzorgcentra ondersteunen met medische, verpleegkundige en paramedische expertise.
- Laat ziekenhuizen verplicht deel uitmaken van de zorgraden.
- Leg de privéklinieken een wettelijk kader op dat kwaliteit, toegang en betaalbaarheid garandeert. Zorg dat de privéklinieken hun bijdrage leveren aan de continuïteit van zorg.
- Definieer de rol van alle zorgactoren in het revalidatielandschap.

Financiering: hervorming ziekenhuisfinanciering

De hervorming van de financiering van de ziekenhuizen moet vertrekken van een **visie op het toekomstig zorglandschap**. Daarin wordt rekening gehouden met de juiste zorg op de juiste plaats, gekoppeld aan evidence based-richtlijnen (voor zover beschikbaar), met samenwerking tussen ziekenhuizen en met andere zorgaanbieders. Er moet ook een link zijn met de zorgstrategische plannen. De taken en verplichtingen van het ziekenhuis van de toekomst in het zorgmodel van de toekomst worden gedefinieerd.



De financiering van de ziekenhuizen moet duurzaam zijn en **kostendekkend**. Ze moet aangepast zijn aan en mee evolueren met de taken en verplichtingen die de ziekenhuizen in de gezondheidszorg dienen op te nemen. De financiering moet eenvoudiger en transparanter en moet de transitie van het zorglandschap faciliteren, met incentives voor kwaliteit en toegankelijkheid. Zorgnet-icuro pleit voor een meer rechtstreekse financiering met een afbouw van de huidige regelingen inzake ereloon-supplementen en afdrachten, zowel voor activiteit als voor structuren, in functie van organisatorische en financiële verantwoordelijkheid, gekoppeld aan een moderne governance. Daarnaast is het belangrijk werk te maken van een kostendekkende financiering voor de verdere digitalisering en cybersecurity.



We vragen bijzondere aandacht voor het **proces**. Aan het begin van de legislatuur is een **roadmap** nodig (in overleg met de sector) die het volledige traject uittekent, met een vastgelegde timing per onderdeel, zowel op vlak van voorbereiding, uitwerking en implementatie van maatregelen. Daarin moet aandacht zijn voor de huidige financiële evenwichten en tekorten in de ziekenhuizen. Gefragmenteerde maatregelen creëren wantrouwen en een klimaat van financiële onveiligheid. Dat is gebleken bij de aparte maatregelen die werden doorgevoerd voor de patiëntbijdragen en de honoraria. We vragen ook middelen voor een transitieperiode bij hervormingen.





In 2017 werd een nieuw systeem ingevoerd voor de financiering van de **infrastructuur** van de algemene, psychiatrische en revalidatieziekenhuizen gebaseerd op een life cycle model van 40 jaar. De strategische forfaits hielden de afgelopen jaren echter onvoldoende rekening met de sterke stijging van de bouwkosten, de verhoogde intrestvoeten en de nieuwe wettelijke normen rond duurzaamheid, ventilatie, toegankelijkheid, PICS enz. De continu dalende evolutie van de vernieuwingsgraad van investeringen toont aan dat ziekenhuizen er amper in slagen om het bestaand patrimonium in stand te houden met vervangingsinvesteringen, laat staan dat er financiële marge is voor de bouw van nieuwe ziekenhuizen. De tussenkomst via het instandhoudingsforfait is ontoereikend, onder meer door de toegepaste correctiefactor van 33% en de lage intrestvergoeding. Voor een kwaliteitsvolle zorginfrastructuur in de toekomst is in de komende legislatuur een stevige budgettaire inhaalbeweging nodig.

- Vertrek voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering van een heldere visie op het toekomstig zorglandschap en de plaats van de ziekenhuizen daarin.
- Voorzie een financiering van de ziekenhuizen die rechtstreeks en kostendekkend is, met een afbouw van de afdrachten en supplementen.
- Teken een duidelijk stappenplan uit voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Bij de uitvoering moet er aandacht zijn voor de huidige financiële evenwichten en tekorten in de ziekenhuizen.
- Voorzie extra budget voor nieuwbouw en onderhoud van de ziekenhuisinfrastructuur. Het budget moet rekening houden met de reële bouw- en financieringskosten, en de normen en verplichtingen.

Kwaliteit ziekenhuizen



Zorgnet-Icuro is voorstander om stevig in te zetten op een doordacht en onderbouwd **Pay for Performance (P4P)** systeem. In het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV/D/568-2) staan een aantal principes geëxpliciteerd om de verdere uitbouw en optimalisatie te faciliteren. Een getrapte aanpak qua implementatie en financiering én het optimaliseren van samenwerking en afstemming tussen verschillende initiatieven zijn twee van de componenten die we daarbij expliciet willen aanhalen.

Het **driepijlermodel** (indicatoren, accreditatie, toezicht) vormde een stevige basis voor de kwaliteitswerking van de ziekenhuizen. Dit is aan actualisatie toe. Rekening houdend met de afgelegde weg en de huidige context kan samen met de sector en alle betrokkenen vastgelegd worden hoe het kwaliteitsbeleid van de toekomst verder vorm moet en kan krijgen. Het VIKZ faciliteert de pijler om actuele en valide data om te buigen tot indicatoren die kwaliteit aantoonbaar en transparant maken. In de publicatie *Anders kijken, meer zien* (2023) formuleert Zorgnet-Icuro op basis van internationale expertise en nieuwe inzichten 11 leidende principes voor een nieuw **model voor toezicht en handhaving**. Daarnaast blijven we voorstander van een externe toetsing.

[Lees hier de publicatie “Anders kijken, meer zien”. Elf leidende principes voor een nieuw model voor toezicht en handhaving in de zorg’](#)

Of scan de QR-code ->



- Zet in op een onderbouwd P4P-systeem.
- Werk het kwaliteitsbeleid gebaseerd op het driepijlermodel verder uit.

Technologie, innovatie, digitalisering

Er is al een hele weg afgelegd sinds de introductie van de *Belgian Meaningful Use Criteria*, maar de digitaliseringsgolf die toen is ingezet, is nog niet voltooid. Er moet aandacht blijven gaan naar het verder digitaliseren van interne processen in de ziekenhuizen om de kwaliteit en efficiëntie te verhogen.

Het secundair gebruik van medische gegevens is nog altijd veel te beperkt. Er is nood aan betere kwaliteit van gegevens, de incompatibiliteit van systemen om ze te ontsluiten moet weggewerkt worden, en er moet een duidelijk kader onder de vorm van standaarden en richtlijnen komen. In de schoot van het Health Data Agency kunnen hierover verdere afspraken worden gemaakt. We pleiten voor een breed initiatief voor en door de ziekenhuizen.

Ondanks inspanningen van ziekenhuizen en overheid nemen de cyberrisico's almaar toe. Dit vraagt om belangrijke extra investeringen voor cybersecurity, te meer omdat in oktober 2024 de NIS2-richtlijn van kracht wordt. Ook de coördinatie en samenwerking tussen de ziekenhuizen moet verbeteren om de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten.

- Ondersteun verdere digitalisering van de interne processen in de ziekenhuizen.
- Faciliteer het secundair gebruik van medische gegevens.
- Investeer meer in cybersecurity.

Samenvatting

De demografische transitie van de komende decennia – meer zorgvragen door een verouderende bevolking en minder arbeidsactieven – dwingt ons om ons zorgsysteem fundamenteel te herbekijken. We moeten in de komende legislatuur de basis leggen voor een shift om te vermijden dat de zorg volledig vastloopt. Daarvoor zullen alle stakeholders moeten samenwerken, over de lijnen en de subsectoren heen.

Zorgnet-Icuro blijft resoluut kiezen voor een samenleving waar iedereen telt: jong en oud, gezond en ziek of gehandicapt, arm en rijk.... Een samenleving waar in de eerste plaats relaties, gezinnen, familie, straten, buurten en verenigingsleven centraal staan. Die vormen de basis van het samenleven en het zorgen voor elkaar. In de organisatie en financiering van de zorg en ondersteuning van mensen met een zorg- en ondersteuningsnood staat de mens centraal en zijn medemenselijkheid en solidariteit dé uitgangspunten. In de samenleving die wij voor ogen hebben, hebben alle mensen toegang tot betaalbare, kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning. Het is onze maatschappelijke plicht om het debat over de toekomst van de zorg actief aan te vuren én te voeren.

Dit zijn onze aanbevelingen voor de beleidsmakers die ons na 9 juni zullen vertegenwoordigen:

- Voer een breed maatschappelijk en politiek debat over hoe we onze zorg in de toekomst houdbaar houden, met een sterk verouderende bevolking en een schaarste aan arbeidskrachten.
- Zet in op een ouderenvriendelijke samenleving. Activeer hiervoor alle beleidsdomeinen en bevoegdheidsniveaus.
- Huldig het principe *health in all policies*. Zorg dat onderwijs, huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening,... meewerken aan de houdbaarheid van onze zorg.
- Zet maximaal in op preventie en gezondheidseducatie, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen.
- Zorg voor de zorgenden. Investeer in de instroom in het beroep en werk aan positieve beeldvorming. Huldig het principe "bekwaam is bevoegd". Zorg voor een betere verloning van de onregelmatige prestaties en leg de interim- en projectstaffing aan banden.
- Kies resoluut voor het opheffen van de schotten tussen de eerste lijn, de woonzorgcentra, de thuiszorg, de ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg...
- Hervorm de spoedeisende hulp en faciliteer de samenwerking tussen ziekenhuizen en woonzorgcentra voor de zorg voor de geriatrische patiënt.
- Ontwikkel en monitor een geïntegreerde capaciteitsplanning gebaseerd op een populatiegerichte benadering. Vertaal dit in een meerjarenplan én -budget.
- Evolveer naar een meer forfaitair en minder prestatiegebonden financiering.
- Voorzie een groeinorm van minstens 2,5%. Ontwikkel de Vlaamse sociale bescherming naar een Vlaamse sociale verzekering voor de langdurige zorg.
- Leg de minimale normen voor de zorgvoorzieningen in cocreatie met de sector vast in afdwingbare kwaliteitskaders. Maak plaats voor vertrouwen en dialoog.
- Zet in op een datagedreven beleid. Stem de verschillende systemen van digitale dossiers beter op elkaar af.
- Voer sensibiliseringscampagnes rond verantwoordelijkheid en zorgconsumptie.
- Zet maximaal in op een efficiënte samenwerking tussen de federale en Vlaamse overheid om ons zorgsysteem te kunnen hervormen.



Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be